



**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Motricidade Humana**



**A Intervenção Psicomotora na Promoção do  
Desenvolvimento Pessoal em Adultos com Perturbações da  
Saúde Mental em Contexto Sócio Ocupacional**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Reabilitação Psicomotora

**Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões**

**Júri:**

**Presidente:**

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

**Vogais:**

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Lúcia Maria Neto Canha

**Inês Gonçalves**

2019

‘É tempo de abrir as janelas e acreditar  
que todas as coisas voam.’

Áfricas 59, Cruzeiro Seixas

## Resumo

O presente relatório resulta do relato da prática profissional realizada durante o Estágio Profissionalizante, que corresponde ao 2º ano de formação do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. Este Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP) teve lugar no Fórum de Apoio Social (FAS) da Associação de Reabilitação e Integração *Ajuda* (ARIA), durante 8 meses, com a observação, planeamento e desenvolvimento de sessões no âmbito da Psicomotricidade e do Desenvolvimento Pessoal.

O documento encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, é abordada a componente teórica da intervenção, através de temas como a Saúde Mental, as perturbações presentes na amostra, a Intervenção Psicomotora e o seu impacto na Saúde Mental, o Desenvolvimento Pessoal e a sua relação com as perturbações. É ainda feita uma descrição do local de estágio. Na segunda parte, referem-se questões práticas da intervenção realizada e das sessões de Psicomotricidade, Adaptação ao Meio Aquático e Desenvolvimento Pessoal. Posteriormente, é apresentado o Estudo de Caso relativamente ao Manual de Desenvolvimento Pessoal elaborado pela estagiária.

Por fim, indicam-se algumas limitações e sugestões, os ganhos qualitativos do processo de intervenção, os fatores de inovação do estágio e, para concluir, é feita uma reflexão de toda a experiência vivida.

**Palavras-chave:** Intervenção Psicomotora; Reabilitação Psicossocial; Unidades Sócio Ocupacionais; Saúde Mental; Esquizofrenia; Depressão; Bipolaridade; Psicomotricidade; Desenvolvimento Pessoal; Autoconsciência; Autorregulação.

## **Abstract**

This report was developed as a professional work program during the Vocational Internship that corresponds to the 2nd year of the master's degree in Psychomotor Rehabilitation of the Faculty of Human Kinetics. This branch of Professional Skills Development was carried out under the Social Support Forum of the Associação de Reabilitação e Integração *Ajuda* (ARIA) during approximately 8 months. Over that time, the observation, planning and development of sessions in the scope of Psychomotricity and Personal Development were developed.

The document is divided into two parts. In the first one, the theoretical part of the intervention is approached through themes like Mental Health, disorders presented in the study, Psychomotor Intervention and its impact on Mental Health, Personal Development and its relationship with the disorders. It is also given a description of the Internship's place. In the second part, the practical issues of the intervention are mentioned. Subsequently, it is also presented the Case Study on the Personal Development Program developed by the trainee

Finally, some limitations and suggestions are indicated, the observed gains that are not quantifiable are mentioned, as for the innovation factors of this stage and, last, a reflection of the whole experience is described.

**Keywords:** Psychomotor intervention; Psychosocial Rehabilitation; Occupational Partner Units; Mental health; Schizophrenia; Depression; Bipolarity; Psychomotricity; Personal development; Self-consciousness; Self-management.

## Índice

Resumo .....	ii
Abstract .....	iii
Índice de Tabelas .....	vi
Índice de Gráficos .....	vi
Índice de Figuras .....	vii
Introdução.....	1
Estado da Arte .....	3
1    Saúde Mental .....	4
1.1    Saúde Mental em Portugal .....	4
2    Perturbações Observadas.....	5
2.1    Espectro da Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas.....	5
2.1.1    Esquizofrenia .....	6
2.1.2    Perturbação delirante .....	7
2.1.3    Medicação Antipsicótica .....	8
2.2    Perturbações relacionadas com a alteração do Humor .....	9
2.2.1    Perturbação Depressiva .....	9
2.2.2    Perturbação Bipolar.....	10
2.2.3    Medicação Ansiolítica.....	11
3    Psicomotricidade .....	11
3.1    Intervenção Psicomotora em Perturbações da Saúde Mental .....	11
4    Desenvolvimento Pessoal .....	14
4.1    Orientação Teórica da Atividade .....	15
4.2    Desenvolvimento Pessoal e as Perturbações da Saúde Mental .....	17
5    Associação de Reabilitação e Integração <i>Ajuda</i> .....	19
5.1    Missão, Visão, Política de Qualidade .....	20
5.2    Respostas Sociais.....	20
5.3    Fórum de Apoio Social – FAS .....	21
Realização da Prática Profissional.....	23
1    Atividades Desenvolvidas .....	25
1.1    Adaptação ao Meio Aquático.....	26
1.1.1    Calendarização e Contexto de Intervenção .....	27
1.1.2    Avaliação .....	28
1.1.3    Resultados da Avaliação Inicial.....	29
1.2    Psicomotricidade .....	29
1.2.1    Calendarização e Contexto de Intervenção .....	30

1.2.2	Avaliação .....	32
1.3	Desenvolvimento Pessoal .....	33
1.3.1	Calendarização e Contexto de Intervenção .....	34
1.3.2	Avaliação .....	36
2	Estudo de caso dos grupos .....	37
2.1	Objetivo do estudo .....	37
2.2	Instrumentos de Avaliação .....	37
2.2.1	WHOQOL-BREF .....	38
2.2.2	SCL – 90 – R .....	39
2.2.3	Self and hetero rating of social and emotional competencies .....	40
2.3	Grupos alvo da intervenção .....	40
2.3.1	Caracterização do Grupo I .....	41
2.3.2	Caracterização do Grupo II .....	41
2.3.3	Caracterização do Grupo III .....	41
3	Apresentação e Discussão dos Resultados .....	41
3.1	Limitações e sugestões .....	53
4	Perceção individual dos ganhos observados .....	55
5	Atividades Complementares .....	57
6	Fatores de inovação .....	61
6.1	Checklist de Avaliação Psicomotora .....	61
6.2	Escala de Desenvolvimento Pessoal .....	62
6.3	Manual de Atividades para o Desenvolvimento Pessoal .....	63
7	Conclusão .....	66
8	Bibliografia .....	69
	Anexo 1 – Programa de Atividades 2017-2018 .....	82
	Anexo 2- Exemplo de Planeamento da Sessão de Adaptação ao Meio Aquático .....	83
	Anexo 3 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Adaptação ao Meio Aquático .....	84
	Anexo 4- Ficha de Avaliação Meio Aquático .....	85
	Anexo 5 – Avaliação Inicial Meio Aquático .....	87
	Anexo 6 – Exemplo de Planeamento da Sessão de Psicomotricidade .....	89
	Anexo 7 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Psicomotricidade .....	90
	Anexo 8 – Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor .....	91
	Anexo 9 – Avaliação Inicial do Desenvolvimento Psicomotor .....	92
	Anexo 10 – Exemplo de Planeamento da Sessão de Desenvolvimento Pessoal .....	93
	Anexo 11 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Desenvolvimento Pessoal .....	95
	Anexo 12 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento Pessoal .....	96

Anexo 13 – WHOQOL-Bref.....	98
Anexo 14- SCL-90-R.....	102
Anexo 15 - Student self-report of social emotional competence.....	105
Anexo 16 - Teacher ratings of student social emotional competence.....	111
Anexo 17 – Síntese dos Itens propostos por AIRECASEL .....	115
Anexo 18 – Manual de Atividades de Desenvolvimento Pessoal .....	116

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Horário Semanal de Estágio .....	26
Tabela 2 - Cronograma da atividade Adaptação Meio Aquático.....	27
Tabela 3 - Cronograma da atividade Psicomotricidade .....	30
Tabela 4 - Cronograma da atividade Desenvolvimento Pessoal .....	34
Tabela 5 - Estatística Descritiva Geral das Avaliações (n=18) .....	42
Tabela 6 - Estatística Descritiva por Género .....	44
Tabela 7 - Teste de Mann-Whitney - Género Masc/Fem - Momento 1 .....	44
Tabela 8 -Teste de Mann-Whitney - Género Masc/Fem - Momento 2.....	44
Tabela 9 - Estatística Descritiva por Idades .....	45
Tabela 10 - Teste de Mann-Whitney - Categoria de Idade - Momento 1 .....	45
Tabela 11 - Teste de Mann-Whitney - Categoria de Idade - Momento 2 .....	45
Tabela 12 - Estatística Descritiva dos Grupos de Intervenção - Momento 1 .....	46
Tabela 13 - Estatística Descritiva dos Grupos de Intervenção - Momento 2 .....	47
Tabela 14- Correlações de Spearman entre variáveis para o Momento 1 .....	48
Tabela 15- Correlações de Spearman entre variáveis para o Momento 2.....	49
Tabela 16 - Teste de Wilcoxon para a WHOQOL-Bref.....	50
Tabela 17 - Teste de Wilcoxon para o SCL-90-R.....	51
Tabela 18 - Teste de Wilcoxon para Escala de Desenvolvimento Pessoal .....	52

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 - Presenças da Adaptação Meio Aquático .....	28
Gráfico 2 - Resultados da Avaliação Inicial Meio Aquático.....	29
Gráfico 3 - Presenças da atividade Psicomotricidade .....	31
Gráfico 4 - Resultados Avaliação Inicial PM.....	33
Gráfico 5 - Presenças da atividade Desenvolvimento Pessoal.....	36

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Diferentes respostas para diversos itens da escala WHOQOL-Bref.....	39
Figura 2 - Excerto da NoticiARIA, Janeiro de 2018 .....	59
Figura 3 – Exemplo de uma sessão do Manual de atividades para o Desenvolvimento Pessoal - pág. 10.....	65
Figura 4 - Exemplo de uma sessão do Manual de atividades para o Desenvolvimento Pessoal (continuação) - pág. 11 .....	65



## Introdução

O relatório de estágio que aqui se apresenta é uma monografia realizada no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), decorrente no 2º ano letivo do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (FHM), da Universidade de Lisboa, e tem como finalidade a obtenção do grau mestre na referida área. Este relatório foi desenvolvido ao longo do ano letivo de 2017/2018 e é referente às atividades realizadas na Associação de Reabilitação e Integração *Ajuda* (ARIA), procurando fazer uma descrição pormenorizada sobre a intervenção desenvolvida, bem como a sua respetiva análise e conclusões, podendo ser referido o progresso pessoal e profissional decorrente deste ramo curricular.

Na ARIA, a intervenção da estagiária foi realizada no Fórum de Apoio Social, um dos fóruns que constituem esta instituição, com localização no Restelo e com a valência de integração Sócio-Ocupacional para jovens e adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, com problemas de saúde mental e grau de autonomia reduzido. Assim, foram desenvolvidas as atividades de Adaptação ao Meio Aquático, Psicomotricidade e Desenvolvimento Pessoal, a um universo total de 30 clientes com vários diagnósticos na área da Psiquiatria e Saúde Mental.

A preocupação demonstrada pela equipa técnica da instituição, relativamente aos níveis de Desenvolvimento Pessoal apresentados pelos clientes da ARIA, levou à concretização de uma proposta de um Manual de Intervenção de Desenvolvimento Pessoal para a população em questão. No presente relatório são apresentadas, detalhadamente, as atividades desenvolvidas na instituição, sendo também feita uma apresentação do Manual construído e aplicado no decorrer desta unidade curricular. É apresentado ainda um estudo sobre a evolução das competências de Desenvolvimento Pessoal, após a intervenção sugerida no Manual desenvolvido, e quando essa intervenção é acompanhada por outras áreas, como a Adaptação ao Meio Aquático e/ou a Psicomotricidade.

O referido estudo engloba três grupos de intervenção, dos quais fazem parte clientes que atenderam a uma, duas ou a nenhuma das atividades propostas. A apresentação de resultados faz referência a uma avaliação inicial e a uma avaliação final, onde são expostos os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), de Sintomatologia Experienciada (SCL-90-R) e de Desenvolvimento Pessoal (através de uma escala traduzida e adaptada pela estagiária para os devidos efeitos).

O presente relatório está dividido em duas partes: inicialmente, é apresentado o ***Estado da Arte***, em que é exposta uma explicação científica sobre a área da Saúde Mental e o seu quadro conceptual em Portugal, as Perturbações diagnosticadas aos clientes que constituem os grupos de estudo já referidos (nomeadamente a Esquizofrenia, a Perturbação Delirante, a Bipolaridade e a Depressão), a Psicomotricidade e a sua relação com a Saúde Mental e, ainda, o Desenvolvimento Pessoal da população com Perturbações da Saúde Mental. Para além disso, é feita uma descrição detalhada e mais pormenorizada sobre a ARIA, resultando numa caracterização global da instituição. A segunda parte é referente ao ***Processo de Intervenção e Grupo de Caso***, onde são detalhados os aspetos práticos das três áreas de intervenção, bem como a apresentação do estudo referente aos Grupos de Caso e a fundamentação prática do Manual de Intervenção de Desenvolvimento Pessoal. Por último, são apresentadas as conclusões retiradas de todo este processo de estágio curricular, tal como as dificuldades e limitações encontradas na sua concretização, quer teórica, quer prática, referindo-se o respetivo impacto no desenvolvimento da estagiária.

---

## **Estado da Arte**

---

# **1 Saúde Mental**

A saúde mental é uma parte integrante da saúde geral de um indivíduo, pelo que não pode ser menosprezada tendo em vista o bem-estar pessoal e coletivo da nossa sociedade (Programa Nacional para a Saúde Mental 2016; World Health Organization, 2018).

Definir o conceito de saúde mental de uma forma completa e consensual torna-se impossível, existindo, porém, anuência de autores relativamente ao facto de que a saúde mental representa mais do que apenas a ausência de doenças mentais (Alves e Rodrigues, 2010; World Health Organization, 2013). Este conceito envolve, sobretudo, um bem-estar subjetivo em que qualquer indivíduo consegue discernir corretamente as suas potencialidades e competências, ter consciência da sua autoeficácia e autonomia, da sua autorrealização intelectual e emocional, e utilizar estratégias de gestão de stress adequadas (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; World Health Organization, 2002, 2013). Todas estas características indicam que é a saúde mental que permite a qualquer indivíduo ser produtivo e intervir ativamente na comunidade em que está inserido (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; World Health Organization, 2002, 2013).

As doenças mentais podem abranger um vasto leque de problemas com diferentes sintomas associados, apesar de que, por norma, são registadas anomalias ao nível do pensamento, das emoções, do comportamento e da relação com os outros (World Health Organization, 2013, 2017).

A diminuição do nível de saúde mental é multifatorial, podendo estar relacionada com causas sociais, psicológicas ou biológicas do indivíduo em qualquer momento da sua vida (Alves e Rodrigues, 2010; Comissão das Comunidades Europeias, 2005; World Health Organization, 2018). Como fatores individuais, podemos referir a capacidade de gerir os seus próprios pensamentos, emoções e comportamentos (o que irá, necessariamente, interferir com as relações que estabelece com os outros); a nível social, cultural, económico, político e envolvental podemos identificar, por exemplo, as políticas e leis nacionais adotadas, a proteção social e condições de vida, assim como, o apoio da comunidade nas questões relacionadas com a saúde de cada um (World Health Organization, 2013, 2018).

## **1.1 Saúde Mental em Portugal**

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2017) e Caldas de Almeida et al. (2013), Portugal é dos países europeus com uma das mais elevadas prevalências de doença

mental. Mais ainda, tem-se verificado um aumento do consumo de medicamentos associados ao tratamento das perturbações da saúde mental (Boyd et al., 2015; Caldas de Almeida et al., 2013; Direção-Geral de Saúde, 2017b) e a taxa de mortalidade relacionada com estas problemáticas, apesar de ser baixa, representa ainda 3,1% dos casos, estando exclusivamente relacionada com o suicídio (Direção-Geral de Saúde, 2017b). Pode constatar-se o aumento do número de dias vividos com incapacidade, ou seja, indivíduos diagnosticados com doenças mentais vivem mais anos, mas com incapacidade, o que impõe uma maior sobrecarga para a sociedade (Direção-Geral de Saúde, 2017b).

Atualmente, a Saúde Mental é regulamentada pelo Decreto-Lei nº304/2009 (segunda alteração do Decreto-Lei nº35/99), que estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de saúde mental (Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro do Ministério da Saúde, 2009), e o Decreto-Lei nº22/2011 (primeira alteração do Decreto-Lei 08/2010), que diz respeito às unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (Decreto-Lei n.º 22/2011 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, 2011).

É no Decreto-Lei nº304/2009 que é referido que as atividades de reabilitação psicossocial são indispensáveis na prestação de cuidados de saúde mental e que esta deve acontecer em unidades sócio-ocupacionais, em unidades residenciais ou serviços domiciliários e em estruturas que visem a integração profissional (Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro do Ministério da Saúde, 2009). Para além disso, menciona que devem estar envolvidas neste processo equipas multidisciplinares que consigam responder de forma coordenada aos aspetos médicos, psicológicos, sociais e de reabilitação (Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro do Ministério da Saúde, 2009).

## **2 Perturbações Observadas**

### **2.1 Espectro da Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas**

Um dos diagnósticos mais presentes na população atendida foi, precisamente, as perturbações que estão incluídas no Espectro da Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas, segundo a classificação do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (APA, 2013) como é o caso da Esquizofrenia e da Perturbação delirante, abordadas nos próximos subcapítulos.

### **2.1.1 Esquizofrenia**

A esquizofrenia é uma doença mental crónica e grave que afeta a forma como um indivíduo pensa, sente e se comporta (APA, 2013; NIMH, 2016), tendo início entre os 16 e os 30 anos, e sendo diagnosticada pelo aparecimento de sintomas positivos, sintomas negativos, discurso desorganizado e/ou perturbações no comportamento (APA, 2013; Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, e Ribas-Sabaté, 2014).

Os sintomas positivos incluem as alucinações (experiências sensoriais não associadas a estímulos reais) ou delírios (pensamentos falsos e sem lógica), enquanto os sintomas negativos estão associados à avolia, ao embotamento afetivo, apatia, falta de prazer e discurso reduzido (APA, 2013; NICE, 2014).

Para além do acima mencionado, a esquizofrenia está associada a défices cognitivos que prejudicam, sobretudo, a memória declarativa, a memória de trabalho e as funções linguísticas e executivas, tais como a velocidade e o processamento da informação (APA, 2013; Green, Horan, e Lee, 2015; Rus-Calafell et al., 2014). Podem também ser verificados défices na cognição social, dificultando sobretudo a capacidade de perceção das intenções dos outros, bem como a falta de *insight*, que impede a pessoa de reconhecer a própria doença e as dificuldades que dela advêm (APA, 2013; Green et al., 2015; Lehman et al., 2010; Rus-Calafell et al., 2014).

Segundo Green et al. (2015), Sterea (2015) e Kalin et al. (2015) a cognição social em indivíduos com esquizofrenia está diretamente relacionada com o nível de funcionalidade, pelo que concluem que níveis mais elevados de funcionalidade estão associados a indivíduos com menores danos na cognição social.

Assim, a esquizofrenia envolve um conjunto de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais que prejudicam as várias áreas da vida dos indivíduos com este diagnóstico, como as relações interpessoais, a funcionalidade laboral e o próprio desenvolvimento pessoal (APA, 2013; Lehman et al., 2010; Rus-Calafell et al., 2014), como podemos verificar no capítulo 1.1.1.

A nível psicomotor, podemos observar no indivíduo com esquizofrenia uma lentificação funcional das ações que, muitas vezes, não se consegue claramente diferenciar da reduzida velocidade de processamento da informação (Morrens e Hulstijn, 2007; Walther et al., 2015), já referida anteriormente, nos défices cognitivos. Mais ainda, a lentificação do movimento e a redução da atividade psicomotora são características muitas vezes incluídas no grupo dos sintomas negativos (Morrens e Hulstijn, 2007), podendo ser

observados, para além destas características, sintomas catatónicos e leves sintomas neurológicos que incluem défices na coordenação motora, na sequencialização motora e na integração sensorial (Morrens e Hulstijn, 2007; Walther et al., 2015).

Assim, o tratamento da esquizofrenia deve envolver uma intervenção multidisciplinar, alcançando os vários aspetos da vida do indivíduo de uma forma global e eficaz; deve ser utilizada a medicação para controlar os sintomas, o suporte familiar e de outros grupos sociais para facilitar a reintegração da pessoa, hospitalização e internamento nos casos mais agudos, programas de reabilitação e intervenção terapêutica para trabalhar as dificuldades assinaladas como objetivos a desenvolver e a possibilidade de nutrição, descanso e exercício que permitam a estabilização sintomática da doença e a progressão, com vista à reintegração social e comunitária (Dixon et al., 2010; WFMH, 2014).

### **2.1.2 Perturbação delirante**

A perturbação delirante pode ser considerada a conceptualização contemporânea da paranóia (Therapy et al., 2007) e caracteriza-se por um período mínimo de um mês com delírios contínuos sem que haja outro sintoma psicótico qualquer, e é apenas diagnosticada nos casos em que o indivíduo nunca tenha apresentado sintomas de Esquizofrenia (APA, 2013; Roudsari, Chun, e Manschreck, 2015).

Os delírios experienciados podem ser classificados em cinco diferentes categorias. Do tipo **erotomaniaco** (o tema central refere-se a outra pessoa estar apaixonada pelo indivíduo com a perturbação), do tipo **grandioso** (convicção do indivíduo ser superior aos que o rodeiam por ter algum talento especial ou ter feito uma descoberta importante), do tipo **ciumento** (em que o tema central é o de ter um parceiro infiel), do tipo **persecutório** (crença que o indivíduo está, enganado ou vítima de uma conspiração contra ele) e do tipo **somático** (que o tema central se refere a funções ou sensações corporais) (APA, 2013).

Vários autores referem ainda défices no domínio cognitivo que afetam, sobretudo, as funções executivas e a memória de trabalho (Ofiaz et al., 2014). Estas áreas afetadas são cruciais para o processamento correto da informação a curto prazo, estando relacionadas com outras funções cognitivas superiores, como a capacidade de planeamento, resolução de problemas, raciocínio e linguagem, funções essas que se encontram em risco em indivíduos com esta perturbação (Ofiaz et al., 2014).

Segundo Ibanez-Casas et al. (2013) as funções executivas podem dividir-se em três grandes componentes: Flexibilidade (em mudar de tarefa, em questionar as crenças);

Inibição (para impedir respostas inapropriadas); e Atualização (para incorporar informação relevante e esquecer a irrelevante).

De acordo com um estudo realizado a um universo de 86 indivíduos com Perturbação Delirante, os autores verificaram falhas na **Flexibilidade** que levam a que estes não consigam ultrapassar as suas crenças, demonstrando uma elevada rigidez de pensamento, falhas na Inibição que provocam a incapacidade de ignorar hipóteses sem sentido e a tendência para conclusões precipitadas e, também, falhas na **Atualização** que são a causa das dificuldades em gerir a informação que, em último caso, incita o aparecimento de explicações delirantes (Ibanez-Casas et al., 2013)

Como consequência das falsas crenças apresentadas, surgem na vida destes indivíduos problemas sociais, conjugais ou profissionais, prejudicando o normal funcionamento do seu dia-a-dia, porém, quando são abordados outros temas, para além daqueles retratados nas suas ideias delirantes, estes indivíduos tendem a revelar um comportamento muito aproximado de um indivíduo sem perturbação mental (APA, 2013).

### **2.1.3 Medicação Antipsicótica**

Para além das características intrínsecas a estas patologias é importante referir os efeitos adversos provocados pela medicação utilizada na estabilização sintomática da esquizofrenia e da perturbação delirante (Mackin e Thomas, 2011; Roudsari et al., 2015).

Os antipsicóticos são um grupo de medicamentos que são classificados em convencionais ou de 1º geração (haloperidol, ciamemazina, cloropromazina, etc) e atípicos ou de 2º geração (clozapina, risperidos, olanzapina, quetiapina, etc). Destes, os de 1º geração são os que estão mais associados a efeitos metabólicos, cardiovasculares, hormonais e extrapiramidais, ainda que todos (os de 1º e de 2º geração) possam causar esses efeitos, verificando-se, no entanto, variações interindividuais (Furtado, Ribeirinho, e Gaspar, 2010; Kane, 2001; Mackin e Thomas, 2011; Roudsari et al., 2015).

Quando se fala em efeitos extrapiramidais refere-se o parkinsonismo, a distonia, a acatisia e a discinesia (Mackin e Thomas, 2011; Schillevoort et al., 2001). O Parkinsonismo é caracterizado por uma elevada rigidez muscular, tremores e um elevado desequilíbrio postural; a Discinesia refere-se ao aparecimento de movimentos musculares anormais e nela incluem-se a distonia (contrações musculares repetidas, involuntárias e não intencionais), a acatisia (incapacidade de se manter imóvel, associada a intranquilidade corporal) e a acinesia (incapacidade de iniciar o movimento) (Furtado et al., 2010; Kane, 2001; Mackin e Thomas, 2011; Schillevoort et al., 2001; Stefan, Travis, e Murray, 2002).



## 2.2 Perturbações relacionadas com a alteração do Humor

As perturbações relacionadas com a alteração do Humor, também conhecidas como perturbações afetivas, são um grupo de patologias em que a característica principal subjacente é a mudança severa de estados de humor e outras funções associadas (Direção-Geral de Saúde, 2017a).

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, estas perturbações são agora caracterizadas como Perturbações Depressivas e Perturbações Bipolares dentro das quais estão classificadas, mais especificamente, todas as patologias que se enquadram, respetivamente, em cada uma das categorias (APA, 2013). Para o efeito proposto, e tendo em conta a população atendida, vão ser aprofundadas a Perturbação Depressiva e a Perturbação Bipolar.

### 2.2.1 Perturbação Depressiva

As perturbações depressivas, já largamente caracterizadas, são descritas referindo, essencialmente, sintomas negativos, como a tristeza, a perda de interesse ou prazer, os sentimentos de culpa, a baixa autoestima, a perturbação do sono, a falta de apetite, sensação de cansaço e baixos níveis de capacidade de concentração (Direção-Geral de Saúde, 2017a). Também podem ser referidas alterações cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2013). Dependendo da duração, do momento e da etiologia, estas perturbações são caracterizadas em diferentes subcategorias mais específicas.

A **perturbação depressiva major** envolve alterações nítidas no afeto, na cognição e nas funções neurovegetativas, sendo diagnosticada a partir das duas semanas de verificação de sintomas (APA, 2013) e, dependendo do número e gravidade dos sintomas, cada episódio pode ser caracterizado como ligeiro, moderado ou grave (Direção-Geral de Saúde, 2017a). Esta perturbação envolve todos, ou quase todos os dias, sintomas como humor deprimido, a perda de interesse e de energia, sentimentos de inutilidade ou de culpa inapropriada, dificuldades de concentração, inquietação atípica ou lentificação psicomotora (que são observáveis também por outras pessoas) e, ainda, ideações suicidas recorrentes, sem tentativa ou plano específico para que tal aconteça (APA, 2013).

Por outro lado, a **distímia** envolve, sobretudo, sintomas menos intensos, mas ocorre de forma mais persistente ou crónica, sendo diagnosticada quando se verificam perturbações do humor sem interrupção durante pelo menos dois anos na vida adulta. As características associadas a esta perturbação incluem a falta ou o excesso de apetite, as

dificuldades de sono ou hipersónia, a falta de energia e baixa autoestima, as dificuldades de concentração e tomada de decisão e sensação de perda de esperança (APA, 2013).

O comprometimento psicomotor observado é uma característica central da depressão e inclui, tanto dificuldades motoras como cognitivas, afetando a fala, a mobilidade e ideação da pessoa. Todas estas características são passíveis de prejudicar o funcionamento psicossocial e, consequentemente, a qualidade de vida dos indivíduos (Bennabi, Vandel, Papaxanthis, Pozzo, e Haffen, 2013).

Segundo Schrijvers, Hulstijn e Sabbe (2008), podem ser observados em pessoas com este diagnóstico dificuldades ao nível da atividade motora global (como a coordenação bilateral, tempos de reação, picos de velocidade e orientação spatiotemporal) enquanto se tornam menos presentes dificuldades ao nível de atividades motoras finas (como a escrita ou o desenho); mas, segundo Bennabi, Vandel, Papaxanthis, Pozzo e Haffen (2013) podem ser observados distúrbios ao nível da atividade motora fina, como a presença de movimentos parasitas.

### **2.2.2 Perturbação Bipolar**

A perturbação bipolar é caracterizada, tipicamente, por episódios maníacos e depressivos separados por períodos de humor normal, sendo também muitas vezes caracterizada como a perturbação maníaco-depressiva clássica (APA, 2013; Direção-Geral de Saúde, 2017a; Matta, Yates, Silveira, Bizarro, e Trentini, 2010).

Os episódios maníacos são períodos de humor atípico e persistentemente elevado, exagerado ou irritável, associado ao aumento da atividade ou energia direcionada a diferentes ações. Estes episódios estão presentes a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos uma semana (APA, 2013). Durante este período, são observáveis sintomas positivos, como a autoestima elevada, a diminuição da necessidade de sono, pensamento ideofugitivo, a verborreia, a distratibilidade e a agitação psicomotora (APA, 2013; Matta et al., 2010).

Os episódios depressivos relatam sintomas e comportamentos semelhantes aos descritos anteriormente para o diagnóstico de perturbação depressiva major, com uma duração mínima de duas semanas e uma clara alteração comportamental, comparativamente ao funcionamento anterior (APA, 2013).

Também nesta perturbação, o funcionamento psicomotor se encontra prejudicado, sendo esta característica observável, tanto no estado maníaco, como no depressivo ou durante a eutimia (períodos de equilíbrio e estabilidade de humor) (Morsel, Temmerman,

Sabbe, Hulstijn, e Morrens, 2015). Segundo estes autores, a disfunção psicomotora implica não só a lentificação motora, mas também as dificuldades ao nível do planeamento, iniciação e execução do movimento (Morsel et al., 2015).

### **2.2.3 Medicação Ansiolítica**

Quando estamos perante diagnósticos relacionados com as perturbações do humor, os grupos farmacológicos mais prescritos são os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, e, ainda, os antidepressivos (Direção-Geral de Saúde, 2016). Este conjunto de medicamentos inclui, sobretudo, benzodiazepinas que estão cada vez mais associadas através de evidências científicas ao desenvolvimento de défices cognitivos (Direção-Geral de Saúde, 2017a), influenciando também o funcionamento psicomotor do indivíduo (Morsel et al., 2015).

A utilização deste tipo de psicofármacos está associada a alterações nos reflexos motores e à relaxação muscular (conduzindo ao aumento de quedas e acidentes) (Airagnes, Pelissolo, Lavallée, Flament, e Limosin, 2016; Infarmed, 2012), e ainda a reações de inquietação, agitação psicomotora, agressividade e comportamentos inadequados (Infarmed, 2012).

## **3 Psicomotricidade**

Em contexto psiquiátrico, a psicomotricidade é uma intervenção terapêutica que pode ser realizada em clínicas privadas, equipas multidisciplinares, contextos hospitalares e departamentos de psiquiatria podendo, para este efeito, ter um carácter preventivo e terapêutico, dirigindo-se a pessoas com perturbações psicopatológicas, como as perturbações da ansiedade, do humor, do comportamento alimentar, somatoformes, psicóticas, entre outras (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, n.d.).

### **3.1 Intervenção Psicomotora em Perturbações da Saúde Mental**

Segundo Millar e Mohammed (2011) o tratamento das patologias abordadas não é viável se for utilizada apenas a medicação adequada, pelo que se torna igualmente necessário existir uma intervenção holística com apoio familiar e individual e, ainda, programas de atividade física e bem-estar geral. Neste seguimento, a reabilitação psicomotora apresenta-se como uma solução prática que dá ênfase à interação entre a atividade física e a mente (Probst, 2017; Probst, Knapen, Poot, e Vancampfort, 2010), utilizando atividades corporais e motoras que relacionam o movimento e a consciencialização corporal (Probst, 2017).

Albaret, Corraze, Soppelsa e Golly (2012) defendem que as perturbações psiquiátricas têm, na sua génese, dificuldades psicomotoras. Desta forma, é recomendada a terapia psicomotora orientada para a ação no sentido de trabalhar as capacidades ao nível do desenvolvimento mental e da proficiência física, apoiando sempre o desenvolvimento global da pessoa (Probst et al., 2010). Através do desenvolvimento e aplicação de planos de intervenção psicomotora sistemáticos e individualizados, torna possível estimular e desenvolver os aspetos motores, cognitivos e afetivos inerentes ao comportamento humano, permitindo a autonomização da pessoa em relação ao contexto em que está inserida (Probst, 2017).

A **abordagem psicossocial** da terapia psicomotora reitera o desenvolvimento das competências mentais e físicas relacionadas com o corpo em movimento. Neste sentido, as atividades desenvolvidas focam-se na aprendizagem, aquisição e manutenção das capacidades psicomotoras, sensoriomotoras, percetivas, cognitivas, sociais e emocionais, com o objetivo de promover a independência em sociedade (Probst, 2017). A **abordagem psicoterapêutica**, por sua vez, utiliza o domínio motor como ponto de partida para o desenvolvimento das capacidades sociais e afetivas, utilizando atividades motoras para criar um contexto de exploração, onde se inicia o processo de conhecimento do próprio funcionamento da pessoa tendo, como objetivos, a capacidade de introspeção, de consciência e *empowerment* (Probst, 2017).

Em suma, a terapia psicomotora pode ser considerada uma terapia complementar que incorpora diferentes abordagens terapêuticas (Probst et al., 2010), promovendo o desenvolvimento holístico da pessoa, tentando sempre alcançar efeitos terapêuticos positivos, independentemente da existência, ou não, de psicopatologias associadas ao processo de intervenção (Probst, 2017).

Nas Perturbações da Esquizofrenia, a intervenção psicomotora apresenta objetivos específicos relacionados com a patologia que vão de encontro aos sintomas e características do perfil psicomotor que já foram abordados anteriormente.

Quando se refere o “tratamento” destas perturbações, inclui-se a identificação dos sintomas, a prevenção de recaídas e o aumento da capacidade adaptativa e funcional, com vista à integração na comunidade assim que possível (Patel, Cherian, Gohil, e Atkinson, 2014). É de referir que as opções de tratamento não-farmacológicos como a intervenção psicomotora, podem ajudar na adesão do paciente à toma da medicação facilitando o alcance e manutenção de períodos de estabilização sintomática da doença (Patel et al., 2014), bem como resolver algumas lacunas da intervenção farmacológica como a gestão

dos sintomas negativos residuais, o funcionamento cognitivo e a capacidade de adaptação social destes indivíduos (Lehman et al., 2010; NICE, 2014; Patel et al., 2014).

A intervenção psicomotora permite a utilização de diferentes técnicas de intervenção expressiva e de relaxação utilizadas de acordo com os objetivos terapêuticos estabelecidos e as características individuais de cada um (Kern, Glynn, Horan, e Marder, 2009; Maximiano, 2004). Para pacientes diagnosticados com esquizofrenia, podemos identificar objetivos recorrentes, como a regulação de emoções, a tolerância à frustração, a gestão de comportamentos impulsivos, as relações interpessoais e em comunidade e a capacidade de *insight* relativamente a si próprio e à sua doença (Probst et al., 2010).

Assim, segundo estes autores, a terapia psicomotora para pessoas com esquizofrenia pode consistir em: (1) programas de redução de stress (para prevenir o agravamento dos sintomas psicóticos relacionados com situações de stress); (2) programas de ativação do movimento (para combater efeitos secundários dos antipsicóticos ou estilos de vida sedentários, através de sessões de atividade física e adaptação ao meio aquático) (Gorczynski e Faulkner, 2010); (3) programas de terapia psicossocial (sessões em grupo que foquem uma situação específica, e que permitam a tomada de consciência sobre a eficácia de algumas estratégias para a redução dos sintomas positivos) (Dixon et al., 2010; NICE, 2014; Probst et al., 2010).

Da mesma forma Röhricht, Papadopoulos, Holden, Clarke e Priebe (2011) e Lee, Jang, Lee e Hwang (2015) concluem que a utilização de um programa terapêutico que envolva dança e movimento, pode ajudar na redução dos sintomas negativos experienciados pelos indivíduos com esquizofrenia, bem como trabalhar de forma mais eficiente as questões relacionadas com a raiva, isolamento e depressão desta população (Lee et al., 2015). Mais ainda, este tipo de atividades, permite aos indivíduos com esquizofrenia ter uma maior participação ativa num contexto social e apresentar melhorias na sua expressão corporal, na flexibilidade e amplitude dos movimentos, e na expressividade emocional (Röhricht et al., 2011), também trabalhada na atividade de Desenvolvimento Pessoal (ver capítulo 4 Desenvolvimento Pessoal).

Gorczynski e Faulkner (2010) identificaram os benefícios dos programas com exercício e movimento nesta população, defendendo que estes ajudam no tratamento da perturbação da saúde mental, atuando mais notoriamente nos sintomas negativos da população com esquizofrenia. É importante que, independentemente do tipo de intervenção que esteja a ser realizada, o indivíduo tenha oportunidade de realizar um momento de reflexão no fim das sessões, de forma a poder consolidar as vivências

corporais experienciadas e possa, consequentemente, atribuir-lhes um significado facilitando a consciencialização corporal, sensorial e emocional (Maximiano, 2004; Probst et al., 2010).

As sessões de psicomotricidade vão focar-se em vários aspetos, quer a nível mental, quer físico e pessoal estabelecendo, deste modo, áreas a desenvolver como: a praxia fina e grossa, a coordenação manual, podal e bilateral, a estruturação espaço-temporal, a equilibração, as funções executivas (como a perceção, atenção e seleção de estímulos), a intencionalidade da ação, a consolidação de regras sociais, a gestão emocional e responsabilização pela ação e, ainda, a adoção de estilos de vida saudável (Fonseca, 2010; Probst, 2017; Probst et al., 2010).

Já nas Perturbações do Humor a intervenção psicomotora deve permitir experienciar situações positivas com objetivos pessoais e adequados a cada indivíduo através de sessões individuais ou de grupo que promovam a adoção de estratégias adequadas de gestão sintomática (Probst, 2017).

Dentro dos objetivos que podem estar relacionados com estas perturbações, podemos identificar a redução dos níveis de ansiedade, melhoria da autoimagem, e autoestima e transmissão de informação relevante sobre a importância da condição física e bem estar pessoal (Probst, 2017). Podemos também referir como objetivos a correção de falhas na comunicação (p. ex. intensidade, velocidade e articulação), o desenvolvimento da comunicação não verbal, diminuição de movimentos parasitas e estereotipados, a melhoria das capacidades motoras (quer ao nível da praxia fina como grossa) e a correção da postura e tonicidade corporal (Albaret et al., 2012).

A terapia com recurso ao movimento é responsável pela melhoria dos sintomas negativos da depressão quando comparados com grupos de controlo que não participam em nenhuma atividade (Cooney, Dwan, e Mead, 2014; Rimer et al., 2012); da mesma forma, este tipo de atividade melhora a saúde física, trabalha a imagem corporal, permite adotar diferentes estratégias de gestão do stress e aumenta a qualidade de vida e independência nas atividades diárias dos indivíduos (Knapen, Vancampfort, Moriën e Marchal, 2015).

## **4 Desenvolvimento Pessoal**

O Desenvolvimento Pessoal foi uma das atividades desenvolvidas no âmbito deste estágio que teve, como principal objetivo, colmatar dificuldades intrapessoais dos clientes, de acordo com a informação a seguir clarificada.

## 4.1 Orientação Teórica da Atividade

Na área da saúde mental, o processo de reabilitação tem implícito a vertente individual e a vertente social, ou seja, por um lado corresponde à recuperação e manutenção de competências pessoais e relacionais, enquanto que, por outro lado, incide sobre a criação de suportes sociais de cada cliente (Fazenda, 2008).

A atividade de Desenvolvimento Pessoal, tal como explicado no capítulo 1.3 da Prática Profissional, propõe desenvolver a vertente das competências pessoais e relacionais através da utilização de um programa de intervenção elaborado com base no quadro conceptual da Aprendizagem Social e Emocional do grupo americano *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL)*.

O modelo de aprendizagem social e emocional da CASEL é um quadro integrado de atividades que promovem o desenvolvimento de competências intra e interpessoais, bem como das funções cognitivas associadas (CASEL, 2013, 2015). Trata-se de um programa de intervenção elaborado, essencialmente, para crianças e jovens em idade escolar, com extensão para a população adulta, utilizado pelas escolas, estados e famílias de várias zonas dos Estados Unidos da América (CASEL, 2013, 2015).

Segundo a CASEL (2013, 2015) o processo de aprendizagem social e emocional permite às crianças e adultos aprenderem as atitudes e competências necessárias para compreender e gerir determinadas emoções, para definir e alcançar objetivos positivos, sentir empatia pelos outros, estabelecer e manter relações positivas e para a tomada de decisões responsáveis. Assim, o programa de aprendizagem social e emocional da CASEL identifica e descreve cinco principais domínios de competências a desenvolver que considera essenciais para o objetivo a que o programa se propõe: 1) Autoconsciência, 2) Autorregulação, 3) Consciência Social, 4) Competências Relacionais e 5) Tomada de Decisão Responsável (CASEL, 2017).

Para os devidos efeitos, este programa de intervenção foi elaborado e adaptado para a população atendida no faz, mediante os objetivos estabelecidos através das dificuldades identificadas na literatura, e do parecer da Equipa Técnica que acompanha o grupo nesta e noutras áreas de desenvolvimento. Neste seguimento, as sessões de Desenvolvimento Pessoal foram organizadas segundo as duas primeiras competências identificadas e descritas pelo modelo de aprendizagem da CASEL, ou seja, a **Autoconsciência**, onde foram estabelecidos os seguintes objetivos: identificar emoções, ter uma autoperceção realista, reconhecer os pontos fortes e fracos, trabalhar a autoestima



e a autoeficácia (CASEL, 2017); e a **Autorregulação**, onde os objetivos das sessões foram divididos em: controlo de impulsos, gestão do stress, autodisciplina, automotivação, estabelecimento de objetivos e capacidade de organização (CASEL, 2017).

O conceito de autoconsciência traduz a capacidade de reconhecer, compreender, aperfeiçoar, inovar e sistematizar processos cognitivos, bem como pensar nas consequências e soluções de determinados atos (Leal, Souza e Souza, 2018). É um conceito complexo que abrange um processo interativo, dinâmico e intencional, que se materializa no corpo, a partir das vivências e relações estabelecidas com a comunidade (Leal et al., 2018). A autoconsciência pressupõe, assim, uma dimensão reflexiva que antecede a tomada de decisão e fundamenta as escolhas que tomamos (Leal et al., 2018) logo, a utilização exagerada de recursos temporais, cognitivos e emocionais durante esta tarefa prejudica o desenvolvimento e evolução do indivíduo (Dasilveira, Desouza e Gomes, 2015; Leal et al., 2018; Richards, Campenni e Muse-burke, 2010; Xu, 2011).

A Autorregulação, neste contexto, foi um conceito utilizado no sentido de transmitir qualquer reajuste de autocorreção interna, independentemente da finalidade do indivíduo (Carver e Scheier, 2016). Estes autores defendem também que a autorregulação é uma competência evocada consoante os objetivos que cada indivíduo estabelece para si próprio, i.e., quando um indivíduo estabelece um objetivo de determinado nível, todos os objetivos de níveis mais baixos são condicionados pela nossa autorregulação (Carver e Scheier, 2016). Assim, a autorregulação está intrinsecamente ligada à visão e definição dos objetivos individuais (Carver e Scheier, 2016; Leal et al., 2018; Xu, 2011).

Tem sido observada uma forte relação entre a capacidade de autorregulação e o bem-estar pessoal (Folkman e Moskowitz, 2000), tal como são também observadas melhorias ao nível da saúde mental quando estes conceitos são abordados (Tugade, Fredrickson, e Barrett, 2005). Simultaneamente, diversos estudos têm relacionado as dificuldades sentidas na autorregulação à presença de psicopatologias (Gratz, Rosenthal, Tull, e Gunderson, 2006; Mennin, Heimberg, Turk, e Fresco, 2005).

Segundo CASEL (2019), a eficácia de um programa de intervenção dependerá sempre da adoção de quatro estratégias fundamentais. A primeira, sendo a sequencialização do programa, por forma a que as atividades estejam interligadas e coordenadas com as competências dos clientes; o ativismo no sentido da utilização de formas de aprendizagem ativas para ajudar os clientes a dominar novas competências e atitudes; a focalização, ou seja, dedicar um tempo específico e atenção para desenvolver estas capacidades pessoais; e a utilização de instruções explícitas que fornecem



oportunidades consistentes para cultivar, praticar e refletir sobre as competências pessoais de forma responsiva (CASEL, 2019).

## **4.2 Desenvolvimento Pessoal e as Perturbações da Saúde Mental**

Hur, Kwon, Lee, e Park (2014), numa meta-análise realizada sobre a autoconsciência em pacientes com esquizofrenia, concluem que esta é uma das competências pessoais com alterações significativas, apresentando uma instabilidade que pode implicar consequências a médio e longo prazo nesta população. Esta característica intrapessoal pode levar a que as pessoas com perturbação da esquizofrenia experienciem distorções cognitivas e percetuais, bem como dificuldades ao nível da distinção entre si e os outros (Hur et al., 2014; Popolo et al., 2017).

A Autorregulação emocional é também, segundo evidência científica, uma das capacidades mais afetadas em indivíduos com esquizofrenia (Chan, Li, Cheung, e Gong, 2010; Hamera, Peterson, Handley, Plumlee, e Frank-Ragan, 1991; Kerr e Neale, 1993; Kimhy et al., 2013; Van Rheenen, Meyer, e Rossell, 2014). Já em 1991, Hamera, Peterson, Handley, Plumlee, e Frank-Ragan concluíram, depois de um estudo realizado à população com esquizofrenia, que a autorregulação e a funcionalidade são dois conceitos que estão diretamente correlacionados. A autorregulação torna-se uma competência fulcral na medida em que permite ao indivíduo com esquizofrenia manter o equilíbrio psicológico necessário para saber lidar com as suas dificuldades e o estigma associado ao seu diagnóstico (Larabi, Meer, Pijnenborg, Ćurčić-Blakea e Aleman, 2018).

Neste sentido, Popolo et al. (2017) defendem que, ao abordar a autoconsciência e autorregulação em pacientes com esquizofrenia, os terapeutas devem concentrar os seus objetivos na compreensão das emoções. Já Damásio, em 1994, defende que a tomada de consciência das nossas emoções é o que permite que a informação emocional seja integrada nos processos cognitivos enquanto, concomitantemente, Kerr e Neale referem, num estudo realizado em 1993, que a população com esquizofrenia apresenta resultados sensivelmente inferiores em testes de perceção de emoções, quando comparados com o grupo de controlo (Kerr e Neale, 1993).

Segundo os estudos de Chan, Li, Cheung e Gong (2010) e de Kerr e Neale (1993) podemos concluir que as pessoas com perturbação da Esquizofrenia vão apresentar, por norma, piores desempenhos que a população sem perturbação ao nível da perceção das suas próprias emoções e da perceção de emoções nos outros. Foi também possível

concluir que as pessoas com perturbação do espectro da esquizofrenia com sintomas negativos mais severos demonstram maiores défices ao nível da perceção das emoções (Chan et al., 2010; Martin, Baudouin, Tiberghien, e Franck, 2005).

Parece, então, que os défices emocionais são uma característica evidenciada desta psicopatologia e que podem estar diretamente relacionados com défices também ao nível da perceção e motivação social, o que, por sua vez, é um importante fator na funcionalidade social observada em pessoas com perturbação do espectro da esquizofrenia (Oliveira, Cuervo-lombard, Salamé, e Danion, 2009; Trémeau, 2006)

Oliveira et al. (2009) identificaram, num estudo realizado sobre a mesma temática, que a população com esquizofrenia apresentava uma menor satisfação perante situações sociais do que o grupo de controlo. Concluíram que a capacidade de interpretar corretamente sinais emocionais aumenta o interesse em participar ativamente no envolvimento social, uma vez que níveis mais elevados de funcionamento intrapsíquico foram positivamente associados à capacidade de identificar experiências emocionais mais complexas (Oliveira et al., 2009).

É possível afirmar que indivíduos com esquizofrenia utilizam menos estratégias de autorregulação eficazes nos diferentes contextos em que se inserem (Kimhy et al., 2013; Tabak, Horan, Green, Angeles e Behavior, 2016). Tudo isto indica que o aumento do *insight* pode ter uma grande influência em indivíduos com esquizofrenia permitindo, assim, o desenvolvimento de competências pessoais que, por sua vez, influenciam a situação social e vida ativa dos indivíduos (Baslet, Termini, e Herbener, 2009; Oliveira et al., 2009).

Na população com Perturbação Bipolar, Popolo et al. (2017) identificaram níveis mais baixos de autoconsciência comparativamente com um grupo de controlo, nomeadamente perante a capacidade de formar ideias complexas sobre si próprio, de ter uma visão descentrada do ambiente que o rodeia e, ainda, em aceder e utilizar processos metacognitivos. No entanto, esta população parece ter uma melhor capacidade de autoconsciência, quando comparada com a população com esquizofrenia (Popolo et al., 2017).

A perceção e regulação emocional é um processo indispensável em qualquer ambiente social e que envolve a identificação, a apreciação e a compreensão das emoções vividas (Grunze, 2015). Dificuldades ao nível da consciência emocional podem contribuir para dificuldades na regulação emocional e levar, conseqüentemente, ao desenvolvimento de psicopatologia (Boden e Thompson, 2015). A perceção e regulação emocional tomam uma grande importância, uma vez que estão também associadas ao correto funcionamento

diário e à vida social e profissional de cada indivíduo (Grunze, 2015). Níveis mais baixos de autoconsciência e autorregulação estão ainda relacionados com níveis mais elevados de sintomas negativos, tanto na população com Perturbação Bipolar, como com Esquizofrenia (Popolo et al., 2017).

Segundo Joormann e Stanton (2016), a Perturbação Depressiva é caracterizada pela presença de emoções negativas e pela dificuldade na experiência de emoções positivas, o que pode traduzir uma falha ao nível da autorregulação que acompanha os diferentes eventos vividos ao longo da vida. Para além disso, vários autores concluem que as pessoas com Perturbação Depressiva adotam estratégias emocionais menos eficazes (como a ruminação e a supressão) para lidar com as emoções negativas, ao contrário da população sem perturbação, que apresenta uma maior tendência na utilização de estratégias mais eficazes (como a distração e reavaliação) nestas situações (Beblo et al., 2012; Boden e Thompson, 2015; D'Avanzato, Joormann, Siemer, e Gotlib, 2013; Joormann e Stanton, 2016).

Também na Perturbação Bipolar é possível identificar dificuldades ao nível do processamento emocional, não só durante os episódios maníacos, como também durante os períodos de eutimia (Grunze, 2015). Os resultados obtidos por Hay, Sheppes, Gross e Gruber (2015) apoiam a existência desta dificuldade e referem que a mesma pode ter consequências no tratamento terapêutico, se não forem devidamente abordadas juntamente com as restantes dificuldades. Para esta população, Popolo et al. (2017) defendem que, ao abordar a autoconsciência e a autorregulação, os terapeutas deverão ter como objetivos a identificação correta das diferenças entre a necessidade do indivíduo e a realidade em que este se insere.

Todos estes estudos contribuem para fundamentar a necessidade de trabalhar estratégias de regulação emocional na população com Perturbações do Humor (D'Avanzato et al., 2013), sendo necessário implementar intervenções que ajudem esta população a tolerar, aceitar e lidar corretamente com as diversas situações vividas e consequentes emoções (Beblo et al., 2012).

## **5 Associação de Reabilitação e Integração *Ajuda***

A Associação de Reabilitação e Integração *Ajuda* é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, fundada em 1991 por técnicos de saúde mental do Hospital São Francisco Xavier (HSFX), que apoia pessoas com diagnóstico de doença mental que se encontrem em desvantagem psicossocial (ARIA, n.d.-a).

## 5.1 Missão, Visão, Política de Qualidade

Tem como missão proporcionar meios de ajuda a qualquer indivíduo com problemas de saúde mental para que este seja capaz de usufruir dos recursos necessários para a sua reabilitação psicossocial e integração socioprofissional (ARIA, n.d.-a). Para este efeito, toda a instituição se rege segundo três valores máximos – o Respeito, a Responsabilidade e a Cooperação - lutando por melhores condições futuras para esta população alvo e disponibilizando a maior e melhor oferta de serviços especializados e de qualidade possível. Só assim se torna possível contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes que recorrem a estes serviços (ARIA, n.d.-a).

Como política de qualidade, esta associação defende a contínua melhoria das atividades propostas fazendo, com esse objetivo, a avaliação do progresso efetuado e das metas atingidas, tendo como fim último a incrementação da qualidade dos cuidados prestados (ARIA, n.d.-h). Para atender às necessidades dos seus clientes, a ARIA dispõe de várias Respostas Sociais qualificadas com uma abordagem dinâmica, que se baseiam em três princípios fundamentais: a orientação para o cliente, uma melhoria contínua dos seus serviços e o envolvimento de colaboradores e parceiros em todo o processo de atendimento (ARIA, n.d.-h).

## 5.2 Respostas Sociais

Esta população tem ao seu dispor os **Fóruns Sócio Ocupacionais**, que oferecem um conjunto de atividades diárias com vista à autonomia e qualidade de vida de clientes com idades entre os 16 e os 65 anos. Os Fóruns de que a associação dispõe neste momento são: o Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa, o de Oeiras e o de Cascais, para clientes com grau de autonomia moderado, e o Fórum de Apoio Social, para clientes com grau de autonomia reduzido (ARIA, n.d.-e).

Para além destes, dispõe do projeto de **Formação Profissional**, que tem como objetivo, desenvolver ações de formação profissional e no qual os clientes têm oportunidade de adquirir competências profissionais que lhes deem acesso à sua inserção profissional (ARIA, n.d.-c); do **Gabinete de Serviço Social**, responsável por todo o processo de avaliação dos casos, acolhimento e atendimento de candidatos, aconselhamento e orientação social dos clientes, encaminhamento para as diferentes respostas sociais internas e articulação, tanto com outros serviços da associação, como com outros serviços na comunidade (ARIA, n.d.-f); das **Unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados na Saúde Mental**, que consistem em Residências de Treino de

Autonomia para pessoas com problemas de saúde mental com reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial que se encontrem clinicamente estáveis (ARIA, n.d.-i); por último, existe ainda a **ARIA Jardins**, um projeto de empregabilidade que tem como objetivo, simultaneamente, a reabilitação e a integração profissional desta população alvo, combatendo a exclusão social e o estigma associado aos problemas de saúde mental (ARIA, n.d.-b).

A ARIA é também responsável por um projeto de apoio e reabilitação psicossocial – o **Promove-te** - que atende crianças e jovens com diagnóstico referente a doença mental, através da prestação de cuidados integrados e clínicos por uma equipa móvel nos concelhos de atuação da instituição (ARIA, n.d.-g).

### **5.3 Fórum de Apoio Social – FAS**

O Fórum de Apoio Social (FAS) é um dos fóruns sócio ocupacionais desta instituição que resulta de acordos estabelecidos entre o Centro Distrital da Segurança Social de Lisboa e Administração Regional de Saúde, sendo regulados pelo Despacho conjunto 407/98 (ARIA, n.d.-e; Despacho conjunto nº 407/98 de 18 de Junho do Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, 1998).

Está situado na Praça de Goa, no Bairro do Restelo e, tal como referido anteriormente, atende sobretudo clientes com um grau de autonomia reduzido, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos e apresentado como principal objetivo a integração sócio ocupacional dos seus clientes (ARIA, n.d.-e).

As atuais instalações dispõem de 3 salas de atividades polivalentes, 1 sala de convívio, 1 copa, 1 casa de banho para cada género e outra para técnicos, 1 gabinete técnico e um espaço exterior ajardinado. É um espaço que se encontra aberto todos os dias úteis das 09.00 às 17.00 horas (ARIA, 2016)

A equipa técnica desta valência é constituída por 4 elementos: a diretora técnica, Andreia Fonseca, a Terapeuta Ocupacional, Cristina Benigno, o Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação, Nelson Amaral, e a Animadora Sociocultural, Teresa Almeida (ARIA, n.d.-d), existindo também a presença semanal de formadores externos encarregues de atividades como o Inglês e a Música.

Como programa de reabilitação do FAS, desenvolveram-se, ao longo do ano, várias ações individuais e de grupo que foram dinamizadas segundo o plano de atividades semanal (Anexo 1 – Programa de Atividades 2017-2018), exceto quando outras atividades pontuais se sobrepunham ao horário de atividades (ARIA, 2016).

Este programa de atividades tem como objetivos gerais promover a qualidade de vida e saúde mental, bem como a reabilitação, autonomia e reinserção social e socioprofissional; apoiar na elaboração do projeto de vida e aumentar a adesão a um plano terapêutico estipulado com os técnicos; fomentar a (re) aquisição de hábitos de vida saudável e a capacidade de tomada de decisão; alargar a rede social de suporte sensibilizando as famílias e a comunidade para as problemáticas da saúde mental; e, por fim, promover a participação ativa dos seus clientes (ARIA, 2016).

---

## **Realização da Prática Profissional**

---





## 1 Atividades Desenvolvidas

O estágio profissionalizante teve início a 9 de Outubro de 2017 e término a 31 de Maio de 2018, tendo a duração de, aproximadamente, 8 meses. Inicialmente foram realizadas algumas sessões de observação no Fórum Sócio Ocupacional de Lisboa (FSO) e, mais tarde foi realizada também observação participada e, posteriormente, intervenção no Fórum de Apoio Social (FAS) no Restelo.

No FAS, durante a primeira semana, a estagiária observou todas as atividades realizadas pela equipa técnica, constituída por uma Diretora Técnica, uma Terapeuta Ocupacional, um Psicomotricista e uma Animadora Sociocultural. Na segunda semana começou a intervenção de grupo nas sessões de *Adaptação ao Meio Aquático* e manteve a observação de algumas atividades, nomeadamente as dirigidas pelo Psicomotricista e pela Terapeuta Ocupacional. Na terceira semana a estagiária começou a realizar também as sessões de *Psicomotricidade* e, no final do primeiro mês, o seu horário ficou estabelecido, começando a realizar ainda as sessões de *Desenvolvimento Pessoal*.

Este horário de estágio, estabelecido entre a estagiária e os orientadores, inclui também um período de organização e gestão das atividades, nomeadamente, o planeamento e relatório das sessões, a preparação de material, a organização de documentação necessária para a intervenção, a comunicação com os restantes membros da equipa técnica, e ainda, o apoio prestado durante o almoço.

Para além disso, é também importante referir a atividade denominada FlashARIA, uma atividade dirigida pela Terapeuta Ocupacional do Fórum e da qual a estagiária também fez parte. Esta atividade consiste na criação e apresentação de uma peça de teatro, onde a representação e dança são os elementos fulcrais utilizados por todos os clientes, que no caso desta atividade, são clientes do FAS e também dos restantes fóruns desta Associação. Inicialmente é decidido um tema proposto pelos clientes (que neste ano foi “Os anos 80”) e, posteriormente, é desenvolvida uma história também por todos os elementos do grupo. Depois de a história estar pensada e as coreografias treinadas, a peça é apresentada em diversos momentos comemorativos da instituição e da comunidade, como a festa de Natal ou a feira da Educação. A presença da estagiária nesta atividade permitiu dar sugestões e participar na criação da história da peça, bem como dar apoio técnico ao nível do som, do cenário e dos bastidores durante os ensaios e as apresentações.

Tabela 1 - Horário Semanal de Estágio

Horário	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
09h00–10h00	Organização e Gestão de Atividades	Organização e Gestão de Atividades	Organização e Gestão de Atividades	Organização e Gestão de Atividades	
10h00-11h00			Psicomotricidade	Desenvolve-te	
11h00-12h30	Reunião de Grupo	Adaptação Meio Aquático			
12h30-14h00	ALMOÇOS		ALMOÇOS	ALMOÇOS	
14h00-16h00					FlashARIA

É de referir que o horário supracitado teve por base o programa de atividades geral do FAS (Anexo 1 – Programa de Atividades 2017-2018) e que foi assim cumprido a maior parte dos dias, durante a realização do estágio. Porém, este programa estava sujeito a alterações que aconteciam por sobreposição de atividades pontuais que ocorreram, tanto dentro das instalações do fórum, como fora destas. Neste sentido, a estagiária participou ainda em algumas atividades complementares como pode ser consultado posteriormente no capítulo Atividades Complementares.

Apresenta-se, de seguida, uma descrição mais detalhada das diferentes atividades referidas no horário de estágio, que inclui, entre outros, os aspetos organizacionais das mesmas, relativamente à calendarização, ao contexto de intervenção e às formas de avaliação de cada um dos momentos de intervenção.

## 1.1 Adaptação ao Meio Aquático

A atividade de Adaptação ao Meio Aquático era uma atividade que já existia no fórum anteriormente à chegada da estagiária e que aconteceu na Piscina Municipal do Restelo, mais concretamente na primeira pista do tanque de competição com 25 metros de comprimento, 1,5m de largura e profundidade variável (entre 1,20 e 2,60 metros). Teve como principais objetivos a familiarização com o meio aquático, mas também o desenvolvimento de habilidades motoras que permitem a adoção de posturas progressivamente mais corretas, e ainda o incentivo à prática de uma atividade física que promova a saúde e bem-estar do grupo de clientes apoiado.

Nesta atividade foram ainda trabalhadas competências sociais e cognitivas, através da realização de atividades que promoviam a cooperação e interajuda, a consolidação de

noções fundamentais para o conhecimento do mundo que nos rodeia e ainda momentos de autoconfiança e superação pessoal, como por exemplo, os saltos do bloco que foram utilizados, habitualmente, como o último momento da sessão. Para além da sessão realizada, esta atividade implicava ainda alguns momentos de atividades de vida diária, como era o caso da chegada à piscina e preparação para a sessão (despir, vestir, preparar o material, e passar o corpo por água) e, ainda, no fim da mesma, a preparação para o regresso ao fórum (tomar banho, vestir, arrumar os pertences, cuidar aspeto pessoal).

### 1.1.1 Calendarização e Contexto de Intervenção

Esta atividade teve início no dia 7 de novembro de 2017 e término no dia 22 de maio de 2018 sendo que, das 24 sessões previstas no início da intervenção, foram concretizadas um total de 20 sessões, devido a saídas e outras atividades pontuais que se sobrepuseram ao horário desta atividade.

Tabela 2 - Cronograma da atividade Adaptação Meio Aquático

Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
7	5	9	6	6	3	8
14	12	16	20	13	10	15
21	19	23	27	20	17	22
28		30			24	
Total de Sessões Previstas						24
Total de sessões Realizadas						20

Todos os planeamentos e relatórios desta atividade foram realizados pela estagiária, estando esta sempre disponível para as sugestões da restante equipa técnica. Durante as sessões estavam presentes, tanto a estagiária, como o Psicomotricista Nelson Amaral, dando este apoio adicional e participando em algumas atividades ao longo da sessão. Exemplos de um planeamento e de um relatório de sessão desta atividade podem ser consultado nos Anexos (Anexo 2- Exemplo de Planeamento da Sessão de Adaptação ao Meio Aquático e Anexo 3 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Adaptação ao Meio Aquático).

Relativamente à adesão da população a esta atividade, de um universo de 30 clientes apoiados pelo FAS, atenderam um máximo de 6 e um mínimo de 3 clientes por sessão, tal como podemos verificar no Gráfico 1 - Presenças da Adaptação Meio Aquático.

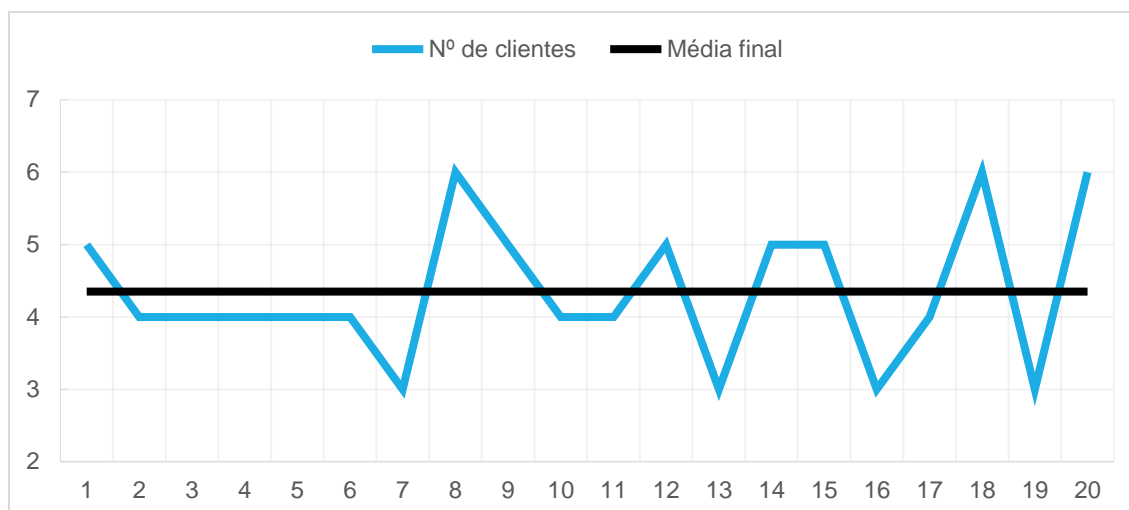


Gráfico 1 - Presenças da Adaptação Meio Aquático

Para além disso, dos 6 clientes que frequentaram a atividade, apenas 3 o faziam assiduamente, sendo que os restantes 3 clientes não participaram num número suficiente de sessões para serem enquadrados no grupo de avaliação; no referido grupo de avaliação, estão incluídos os clientes que atenderam a, pelo menos, metade das sessões realizadas (10 ou mais sessões). Dentro do grupo de avaliação que participava nesta atividade existiam diferentes níveis de competências no meio aquático: desde os clientes que já participavam na atividade, e que sabiam executar, pelo menos, uma técnica de nado, até aos clientes que a iniciavam pela primeira vez e que ainda não tinham adquirido as competências básicas para conseguirem manter-se em segurança sozinhos neste meio.

### 1.1.2 Avaliação

Para proceder à avaliação dos clientes, quer no momento inicial, quer no momento final, a estagiária elaborou uma *checklist* de avaliação no meio aquático, estabelecida com base nos instrumentos *Water Orientation Test Alyn (WOTA) 1 e 2*. O WOTA é um teste de avaliação desenvolvido por um hospital pediátrico de Israel que tem como objetivo avaliar o desenvolvimento mental e funcional de uma criança no meio aquático (Tirosh, Katz-leurer, e Getz, 2008). Neste sentido, o teste foi adaptado e ajustado pela estagiária à população adulta, fazendo-o corresponder ao grupo de clientes a ser avaliado.

Na *checklist* final são avaliados 6 componentes da interação com o meio aquático: 1) a desinibição inicial face ao meio, 2) as entradas e saídas da água, 3) os movimentos na água dirigidos pelo técnico, 4) o equilíbrio e a flutuação, 5) a função respiratória e 6) os movimentos ativos dirigidos pelo cliente. Dentro de cada componente são avaliadas várias tarefas mais específicas, utilizando uma escala variável entre os valores 4 (melhor

sucesso) e -1 (oposição). A checklist de avaliação utilizada e a respetiva cotação podem ser consultadas em anexo (Anexo 4- Ficha de Avaliação Meio Aquático).

### 1.1.3 Resultados da Avaliação Inicial

Após o preenchimento desta checklist, em Janeiro de 2018 (momento de avaliação inicial), os resultados obtidos permitiram orientar o planeamento da atividade de forma a corresponder às dificuldades específicas do grupo de intervenção. No Gráfico 2 estão apresentados os resultados médios do grupo de quatro clientes que atendeu frequentemente às sessões de Adaptação ao Meio Aquático e que enquadraram o Grupo 2 de intervenção, referido mais à frente neste relatório. No Anexo 5 – Avaliação Inicial Meio Aquático podem ser confirmados os valores aqui apresentados.

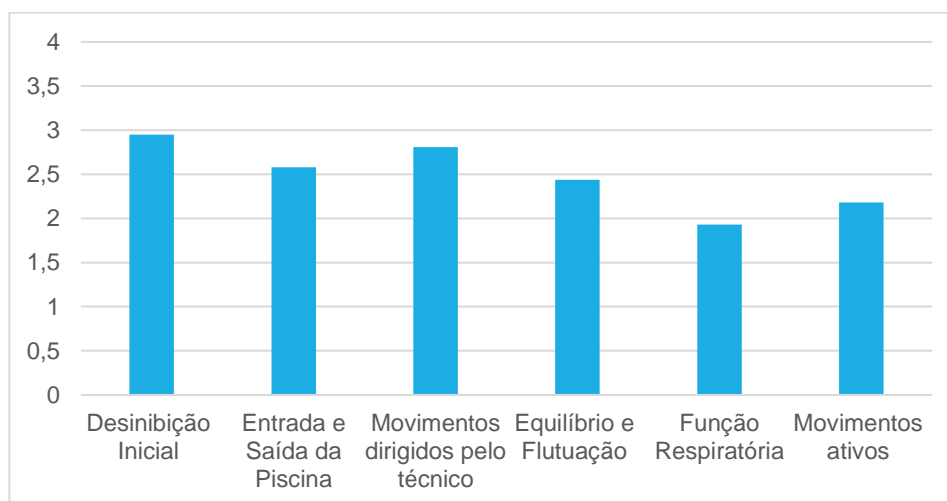


Gráfico 2 - Resultados da Avaliação Inicial Meio Aquático

Como é possível verificar, os resultados obtidos demonstram valores relativamente baixos em todas as categorias de avaliação, sendo que, num máximo de 4 pontos, este grupo não atingiu os 3 valores em nenhuma das categorias. Desta forma a intervenção teve em conta estas dificuldades, dando uma especial atenção às capacidades respiratórias, mas desenvolvendo também todas as outras categorias avaliadas.

## 1.2 Psicomotricidade

A psicomotricidade foi também uma atividade de continuidade a que os clientes já atendiam antes da participação da estagiária e era realizada num espaço cedido pelo Centro Social de Belém. Este espaço consistia num ginásio amplo e com bastante luz, com metade do chão protegido por um tapete de judo e a outra metade com material antiderrapante, uma parede de janelas, outra com espelhos e outra com espaldares, diversos materiais de apoio e ainda uma casa-de-banho utilizada pelos clientes.

As sessões de Psicomotricidade eram planeadas segundo três momentos: o aquecimento, o desenvolvimento e o retorno à calma. Para este efeito, foram estabelecidos objetivos mediante os resultados da avaliação inicial (apresentados mais à frente na secção 1.2.2- Avaliação na página 32), que permitiram adaptar a intervenção ao grupo atendido. Assim, foram propostos objetivos gerais como a coordenação e cooperação entre os membros do grupo, a consolidação de conceitos básicos para a perceção do mundo exterior, as competências psicomotoras trabalhadas de acordo com os 7 fatores da Bateria Psicomotora, e ainda o combate ao sedentarismo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Para além disto, também esta atividade implica da parte dos clientes uma organização e responsabilidade acrescida, relacionada com o facto de haver uma obrigatoriedade de realizar a sessão com roupa confortável (nomeadamente fato de treino) e de meias, o que implica que os clientes se lembrem previamente de trazer este tipo de roupa para que a possam vestir antes da sessão.

### 1.2.1 Calendarização e Contexto de Intervenção

A intervenção da estagiária nesta atividade teve início no dia 22 de novembro de 2017 e término no dia 23 de maio de 2018, sendo que, das 24 sessões previstas no início da intervenção, foram concretizadas um total de 23 sessões, não sendo realizada apenas uma sessão por incompatibilidade com outra atividade pontual (Tabela 3).

Tabela 3 - Cronograma da atividade Psicomotricidade

Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
22	6	3	7	7	4	2
29	13	10	14	14	11	9
	20	17	21	21	18	16
		24	28			23
		31				
Total de Sessões Previstas						24
Total de Sessões Realizadas						23

Também nesta atividade a estagiária foi responsável por elaborar todos os planeamentos e relatórios de sessão, realizando as sessões de intervenção na presença do técnico de Psicomotricidade que participava nas atividades planeadas e dava um apoio adicional nos aspetos mais práticos das tarefas, tais como a preparação e arrumação do material, a orientação de grupos e a orientação de algumas atividades quando aconteciam simultaneamente para vários grupos (p. ex. circuito de atividades), entre outros. Exemplos de um planeamento e de um relatório de sessão desta atividade pode ser consultado nos

Anexos (Anexo 6 – Exemplo de Planeamento da Sessão de Psicomotricidade e Anexo 7 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Psicomotricidade).

À atividade de Psicomotricidade, de um universo de 30 clientes, atendiam um máximo de 9 e um mínimo de 4 clientes por sessão, tal como podemos verificar a seguir, no Gráfico 3 . Este registo inconstante de presenças pode ter justificação no tipo de disponibilidade que esta atividade requer dos clientes, uma vez que, para além de ser uma atividade mais prática (ou física, segundo a ótica dos utentes), implicava também uma deslocação do FAS e ainda uma organização pessoal diferente das restantes atividades, por ser necessário trazer e mudar para uma roupa mais adequada e confortável.

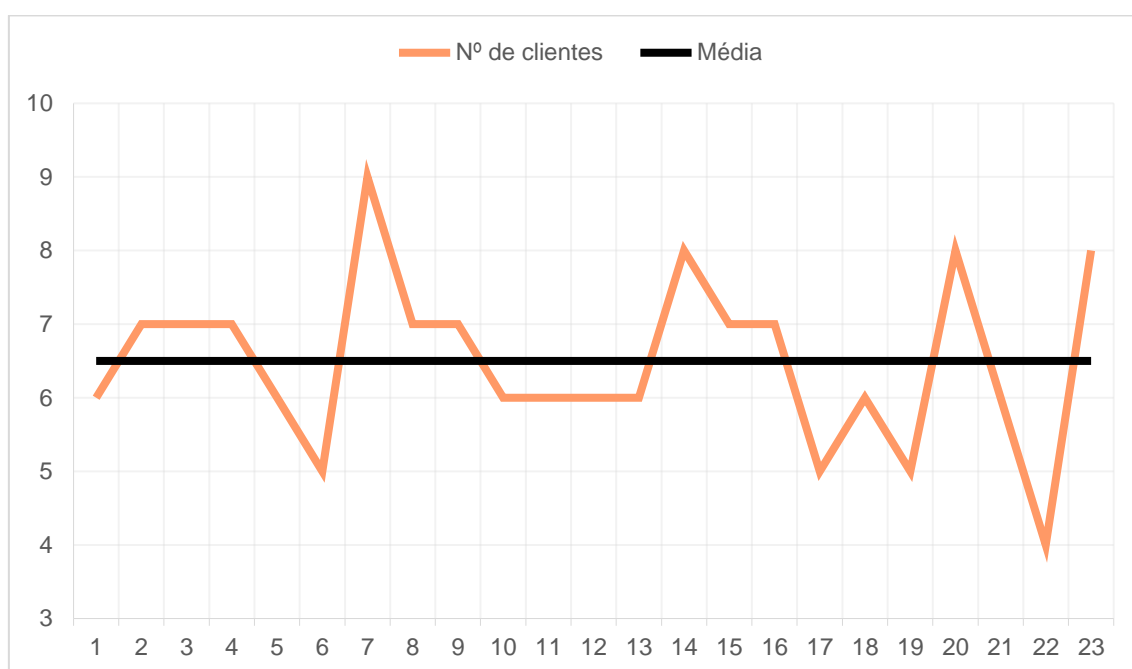


Gráfico 3 - Presenças da atividade Psicomotricidade

No total chegaram a participar nesta atividade 12 clientes, sendo que desses 12, apenas 5 clientes atenderam a sessões suficientes para poderem ser incluídos no grupo de avaliação da atividade. Estão incluídos no grupo de avaliação os clientes que participaram em pelo menos metade das sessões realizadas (11 ou mais sessões).

Dentro deste grupo de avaliação também foi possível verificar diferentes níveis de funcionalidade e capacidades psicomotoras e, de acordo com a avaliação inicial realizada, foi elaborado um perfil psicomotor do grupo, que permitiu conduzir as sessões consoante os objetivos estabelecidos. Esta informação está apresentada mais detalhadamente na secção seguinte 1.2.2 Avaliação.

### 1.2.2 Avaliação

Para a avaliação da atividade de Psicomotricidade foi também elaborada, pela estagiária, uma *Checklist* de Observação Psicomotora, onde são aferidos vários aspetos do desenvolvimento psicomotor, tendo por base o Manual de Observação Psicomotora de Fonseca (2010), o Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT-2) de Bruininks e Bruininks (2005) e o Body Skills de Werder e Bruininks (1998).

Estes três instrumentos de avaliação estão construídos para a aplicação a faixas etárias mais jovens, nomeadamente a bebés e crianças, pelo que a estagiária adaptou e adequou os respetivos itens à faixa etária adulta a ser avaliada. Esta escala foi elaborada em detrimento de outros instrumentos de avaliação, como por exemplo a Grelha de Observação Comportamental de Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins e Simões (2015), na tentativa de utilizar um instrumento mais breve e de mais fácil aplicação e consulta. A checklist desenvolvida pela estagiária está organizada em apenas uma página, onde se podem registar os resultados obtidos por vários clientes simultaneamente, como é possível verificar no Anexo 8 – Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor, em que este instrumento de avaliação é apresentado.

Esta *checklist* avalia vários aspetos de todos os fatores psicomotores, exceto a Praxia Fina, estando então dividida em 6 áreas: 1) Tonicidade, 2) Equilibração, 3) Lateralização, 4) Noção Corporal, 5) Estruturação Espaço-temporal e 6) Praxia Global. Em todos estes, para cada tarefa, é utilizada uma cotação de 1 a 4, caracterizando o perfil de realização da tarefa que pode ser, de acordo com a Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010), Apráxico (1), Dispráxico (2), Eupráxico (3), e Hiperpráxico (4).

Os resultados da avaliação inicial, realizada através da Checklist de Observação Psicomotora, orientaram o planeamento das sessões de acordo com as dificuldades observadas nos clientes que atendiam a esta atividade. No Gráfico 4 estão apresentados os resultados obtidos pelos clientes do Grupo 2, ou seja, pelos clientes que atenderam a um número suficiente de sessões (metade – 12 - ou mais) para serem enquadrados no Grupo de Intervenção de Desenvolvimento Pessoal e outra atividade Psicomotora. Neste gráfico estão apresentadas as 6 áreas em que a checklist se divide, mas o resultado da subárea da Dismetria é apresentado individualmente, uma vez que é uma subárea que apresentou valores significativamente mais baixos que as restantes e foi um dos objetivos mais presentes na elaboração das sessões, devido às dificuldades apresentadas.



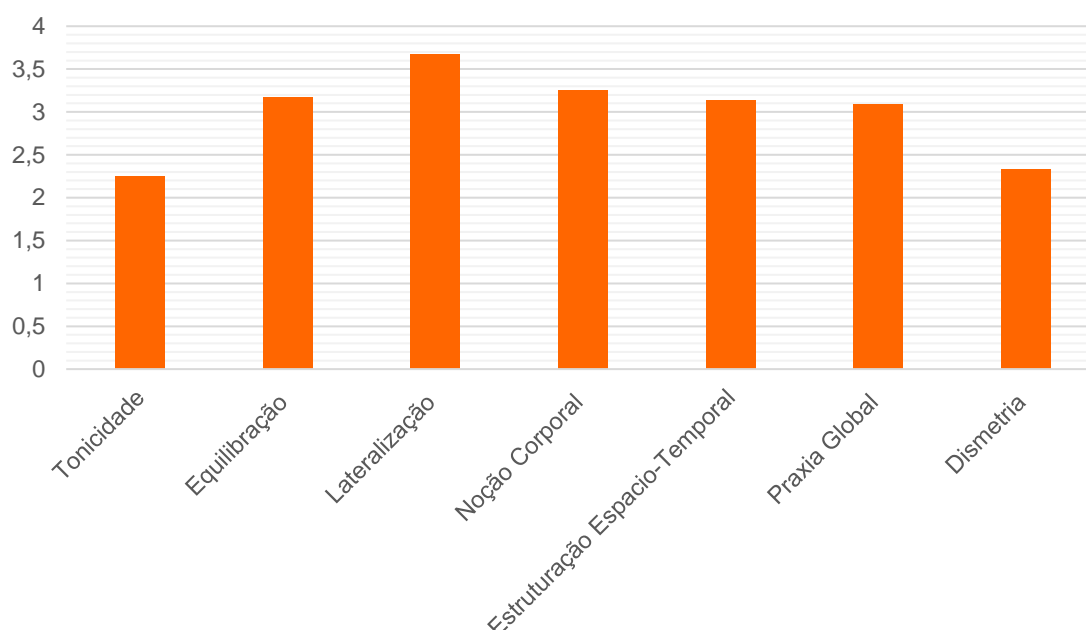


Gráfico 4 - Resultados Avaliação Inicial PM

Como é possível verificar, os itens em que o grupo apresentou resultados mais baixos foram a tonicidade e a dismetria, sendo que, de uma forma global, não atingiram níveis eufóricos em nenhum dos fatores psicomotores, mas também não apresentam valores discrepantes ou muito baixos em qualquer um desses fatores. Assim, a intervenção foi orientada no sentido de promover o desenvolvimento e manutenção geral das capacidades já adquiridas e o colmatar de dificuldades individuais, que podem ser consultadas no preenchimento da Checklist de Observação Psicomotora no Anexo 9 – Avaliação Inicial do Desenvolvimento Psicomotor.

Não foi realizada uma avaliação final desta atividade, nem da atividade de Adaptação ao Meio Aquático, uma vez que o tempo de intervenção não foi suficiente para que fosse possível observar diferenças significativas no desempenho do grupo. Assim, considera-se que esta intervenção cumpriu o objetivo de manutenção das capacidades dos clientes durante o tempo de intervenção, mas para que fosse possível observar melhorias a este nível seria necessário realizar esta intervenção durante mais tempo e com maior frequência do que apenas semanalmente.

### 1.3 Desenvolvimento Pessoal

O Desenvolvimento Pessoal consistiu numa sessão semanal dirigida pela estagiária, que se enquadrou na sequência de outras atividades prévias semelhantes desenvolvidas pelo Psicomotricista da equipa técnica do FAS. Tal como foi referido anteriormente, nestas

sessões foram utilizadas atividades que se propunham a desenvolver competências pessoais dos clientes, tendo em conta o modelo de intervenção da CASEL.

Mediante a solicitação da equipa técnica e a proposta de gestão da atividade de Desenvolvimento Pessoal, a estagiária, em conjunto com o Psicomotricista da instituição, estabeleceu as áreas e temáticas a desenvolver para que se adequasse aos objetivos propostos. Esta atividade resulta então da necessidade de explorar as temáticas referidas no capítulo 4.1 Orientação Teórica da Atividade, do Estado da Arte.

Durante estas sessões foram utilizadas diversas técnicas de intervenção como por exemplo a modelação comportamental (em que a aprendizagem dos clientes é feita através da observação de outra pessoa), o reforço positivo (em momentos em que os clientes conseguiram adequar o comportamento e as intervenções à temática que estava a ser desenvolvida), as atividades para casa (que permitiram aos clientes transferir os conhecimentos adquiridos para o dia-a-dia de cada um), a dessensibilização sistemática (de medos e preconceitos estabelecidos pelos clientes face ao contacto com as suas emoções), as pistas verbais (auxiliares na descodificação e interpretação de novos conceitos) e o questionamento direto (para que todos os clientes estivessem envolvidos na discussão).

### 1.3.1 Calendarização e Contexto de Intervenção

Na atividade de Desenvolvimento Pessoal, a intervenção da estagiária teve início a 24 de dezembro de 2017 e término a 17 de Maio de 2018 e, das 22 sessões previstas para este período estabelecido, duas não foram possíveis de concretizar por impossibilidade de horário, pelo que foi realizado um total de 20 sessões.

Tabela 4 - Cronograma da atividade Desenvolvimento Pessoal

Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
7 21	4 11 18 25	1 8 15 22	1 8 15 22	5 12 19 26	3 10 17 24
Total de Sessões Previstas					22
Total de Sessões Realizadas					20

As sessões de Desenvolvimento Pessoal foram todas realizadas nas instalações do Fórum, utilizando uma das salas disponíveis para a realização das atividades. Neste espaço, existia uma mesa grande o suficiente para que todos os clientes estivessem sentados à sua volta e pudessem realizar as atividades propostas em cima da mesma.

Algumas das atividades realizadas foram adaptadas do *Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência: Ultrapassar adversidades e vencer desafios* (Simões et al., 2009), utilizando as atividades propostas como base para o desenvolvimento de atividades ajustadas aos diferentes grupos de intervenção e de acordo com os interesses específicos de cada grupo. Outras foram pensadas pela estagiária e o Técnico Superior de Reabilitação Psicomotora da ARIA, de forma a corresponder às necessidades das temáticas a abordar. Esta informação pode ser consultada na secção 6.3 Manual de Atividades para o Desenvolvimento Pessoal do capítulo 6. Fatores de inovação, onde é apresentado o Manual de Desenvolvimento Pessoal elaborado durante o estágio. Exemplos de um planeamento e de um relatório de sessão de Desenvolvimento Pessoal podem ser consultados em anexo (Anexo 10 – Exemplo de Planeamento da Sessão de Desenvolvimento Pessoal e Anexo 11 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Desenvolvimento Pessoal).

Nesta atividade a estagiária foi responsável pelo planeamento e relatório de todas as sessões, sendo estas dirigidas por si e pelo Psicomotricista da instituição. As atividades eram planeadas consoante os objetivos estabelecidos de acordo com o modelo de aprendizagem da CASEL, tal como já foi referido, tendo também em atenção o grupo de intervenção atendido, uma vez que esta sessão era realizada simultaneamente com a professora de Inglês, existindo para o efeito, dois grupos de clientes divididos pela equipa técnica, de acordo com o nível de funcionalidade e de capacidades cognitivas.

Por esta ser uma atividade realizada no Fórum e não requerer nenhum tipo de deslocação, a adesão dos clientes foi significativamente superior às das restantes atividades. Assim, tal como se pode verificar no Gráfico 5, estiveram presentes na sessão um número máximo de 19 clientes e um número mínimo de 11 clientes, sendo que, em média, estiveram presentes nas sessões cerca de metade dos clientes atendidos pela instituição (ou seja, cerca de 15 num universo de 30 clientes).

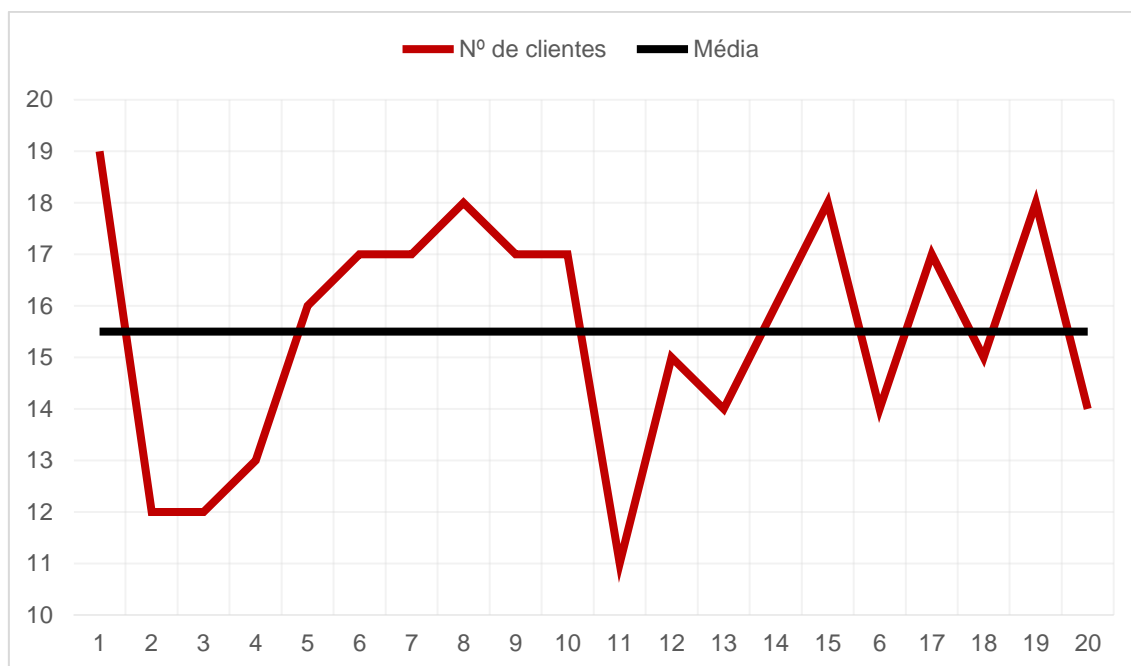


Gráfico 5 - Presenças da atividade Desenvolvimento Pessoal

Quanto ao número de clientes que participaram em, pelo menos, uma sessão de desenvolvimento pessoal, podemos identificar um total de 25 clientes, dos quais apenas 14 participaram num número suficiente de sessões para serem enquadrados no grupo de avaliação. Deste grupo fazem parte todos os clientes que atenderam a, pelo menos, metade das sessões realizadas, ou seja, aqueles que estiveram em 10 ou mais sessões de Desenvolvimento Pessoal.

### 1.3.2 Avaliação

Relativamente ao processo de avaliação desta atividade, foram utilizados dois instrumentos de avaliação propostos também pela CASEL em colaboração com a *American Institutes for Research* (AIR), traduzidos e adaptados pela estagiária. O primeiro instrumento é uma autoavaliação realizada pelos alunos relativamente às suas competências sociais e emocionais (AIR e CASEL, 2013a) e o segundo instrumento é um relatório preenchido pelos professores desses mesmos alunos, abordando as mesmas questões sociais e emocionais do seu ponto de vista sobre determinado aluno (AIR e CASEL, 2013b).

O documento de avaliação final, traduzido e adaptado pela estagiária, resulta num relatório preenchido pelos clientes relativamente às questões feitas sobre a Autoconsciência e o Autorregulação (as duas competências que orientaram o programa de intervenção) e preenchido também pela equipa técnica relativamente às mesmas questões

abordadas com os clientes. É de referir que as questões feitas não são iguais para os clientes e para os técnicos, pelo que não é possível fazer uma comparação direta quantitativa relativamente aos resultados obtidos.

Ao contrário das outras atividades em que se realizou apenas a avaliação inicial que conduziu o processo de intervenção, no Desenvolvimento Pessoal foram feitas duas avaliações (inicial e final) devido à realização do estudo dos grupos de caso apresentado no capítulo seguinte.

A *checklist* traduzida e adaptada pode ser consultada no Anexo 12 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento Pessoal e o produto desta avaliação e a análise de dados pode ser consultada no capítulo seguinte.

## **2 Estudo de caso dos grupos**

### **2.1 Objetivo do estudo**

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto de um Programa de Desenvolvimento Pessoal elaborado para a população com Perturbação de Saúde Mental. Para além disso, visa também perceber se a participação em atividades complementares como a Psicomotricidade, a Adaptação ao Meio Aquático ou ambas influencia os resultados obtidos. Para este efeito foi avaliado um grupo de clientes do FAS que corresponde aos critérios de avaliação relativamente à assiduidade e participação nas atividades.

A apresentação do Manual do Programa de Desenvolvimento Pessoal pode ser consultado na secção 6.3 Manual de Atividades para o Desenvolvimento Pessoal do capítulo 6. Fatores de inovação, e os resultados obtidos bem como a discussão dos mesmos é apresentada mais à frente no capítulo 3. Apresentação e Discussão dos Resultados.

### **2.2 Instrumentos de Avaliação**

Todos os clientes incluídos no processo de estudo do grupo de caso foram submetidos a dois momentos de avaliação: o primeiro, antes da intervenção (avaliação inicial) e o segundo, depois de aplicado o programa de intervenção (avaliação final). Nestes dois momentos foram aplicados aos clientes três testes de avaliação que visam examinar três componentes diferentes de evolução: a Qualidade de Vida, o Nível Sintomático e o Desenvolvimento Pessoal.

Todos os testes aplicados foram autoadministrados, ou seja, foram preenchidos pelos próprios clientes na presença e com o apoio da estagiária, à exceção da escala que foi elaborada com o intuito de ser preenchida pela equipa técnica que dá apoio aos clientes alvo desta intervenção.

### **2.2.1 WHOQOL-BREF**

O primeiro teste aplicado ao grupo de caso foi a Versão Portuguesa do *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-BREF) traduzida e adaptada por Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona e Paredes (2006). Este teste é a forma reduzida do *World Health Organization Quality Of Life-100* (WHOQOL-100), que visa avaliar os diferentes domínios relativos à qualidade de vida segundo a definição da Organização Mundial de Saúde para este conceito.

“...perceção dos indivíduos da sua posição na vida em contexto cultural e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. É um conceito abrangente que interage de uma forma complexa com a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais estabelecidas, as crenças pessoais e a relação que estabelece com o seu meio envolvente.”

(WHO, 1998)

Para este efeito, este teste é composto por um total de 24 itens que avaliam aspetos relacionados com os quatro domínios identificados para a qualidade de vida:

**(1) Domínio Físico** - exemplo: “Item 3 (F1.4) Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa?”

**(2) Domínio Psicológico** – exemplo: “Item 5 (F4.1) Até que ponto gosta da vida?”

**(3) Domínio das Relações Sociais** – exemplo: “Item 22 (F14.4) Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?”

**(4) Domínio do Meio Ambiente** – exemplo: “Item 23 (F17.3) Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?”;

E ainda dois itens complementares referentes a uma visão geral da Qualidade de Vida e Saúde dos indivíduos – exemplo: “Item 1 (G1) – Como avalia a sua qualidade de vida?”

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Para preencher este teste, cada cliente deve selecionar a resposta que melhor descreve a sua situação em cada um dos 24 itens, optando por valor inteiro entre os números 1 e 5 consoante a sua própria perceção. Os valores de cotação de 1 a 5 variam o seu significado ao longo do teste, mas estão sempre organizados do sentido negativo para o sentido positivo (ver Figura 1 - Diferentes respostas para diversos itens da escala WHOQOL-Bref

Estes valores permitiram posteriormente à estagiária fazer a cotação dos testes de acordo com as recomendações estabelecidas pela *World Health Organization (WHO)*. A escala de avaliação da qualidade de vida pode ser consultada em Anexo 13 – WHOQOL-Bref para um melhor esclarecimento destas informações.

### 2.2.2 SCL – 90 – R

O segundo teste a ser aplicado a este grupo foi a *Symptom Checklist 90 – Revised (SCL-90-R)*, elaborada por Derogatis em 1977 e traduzida e adaptada à população portuguesa por Batista em 1993. O principal objetivo deste teste é a autoavaliação sintomática de doentes com perturbações da saúde mental através de níveis de intensidade em dez dimensões: Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão,

Figura 1 - Diferentes respostas para diversos itens da escala WHOQOL-Bref

Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide, Psicoticismo e as Escalas Adicionais.

O preenchimento do questionário foi sempre feito pelos próprios clientes na presença da estagiária para o caso de surgir qualquer dúvida. Para este efeito, os clientes

tiveram de utilizar uma escala de Likert com 5 pontos, em que o valor 0 corresponde sempre à resposta Nunca e o valor 4 à resposta Extremamente. A cotação deste teste permite-nos obter o Índice Geral de Sintomas, valor utilizado na comparação entre a avaliação inicial e a avaliação final. Este teste de avaliação sintomática pode ser consultados no Anexo 14- SCL-90-R, caso seja necessário um esclarecimento adicional.

### **2.2.3 Self and hetero rating of social and emotional competencies**

Esta última escala, utilizada na avaliação do programa de intervenção, foi o *Self and hetero rating of social and emotional competencies*, já referido anteriormente na secção 1.3.2 Avaliação do Desenvolvimento Pessoal. Este instrumento de avaliação resulta portanto da tradução e adaptação de dois questionários propostos pela CASEL em colaboração com a AIR e tem como objetivo avaliar as competências sociais e emocionais (AIR e CASEL, 2013b, 2013a) e que podem ser consultados em anexo. Para este efeito, foram colocadas, a cada cliente, um conjunto de 6 questões referentes à autoconsciência e 7 questões relativas à autorregulação; e ainda, à equipa técnica, foram colocadas, por cada cliente a que dão resposta, 4 questões sobre a autoconsciência e 4 sobre o autorregulação.

Os documentos disponibilizados pela Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL) e a American Institutes for Research (AIR) estão disponíveis no Anexo 15 - Student self-report of social emotional competence e Anexo 16 - Teacher ratings of student social emotional competence

Para esta forma de avaliação, foi utilizada uma escala de tipo Likert com 4 níveis, em que à cotação de 1 ponto corresponde a resposta *Raramente*, à cotação de 2 pontos corresponde a resposta *Ocasionalmente*, à cotação de 3 pontos corresponde a resposta *Frequentemente* e a cotação de 4 pontos é referente à resposta *Quase Sempre*. No caso do questionário realizado à equipa técnica, existiu ainda a opção de resposta *Não tenho a certeza* que foi cotada com o valor de 0 pontos. A checklist traduzida e adaptada pode ser consultada no Anexo 12 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento Pessoal.

## **2.3 Grupos alvo da intervenção**

Tendo em conta a assiduidade às atividades desenvolvidas, os clientes foram divididos em três grupos de intervenção, cada um com um total de seis clientes; o critério de seleção e divisão dos clientes em cada grupo foi o número de atividades em que participaram durante o período de intervenção, ou seja, frequentaram uma, duas e três, ou nenhuma das atividades desenvolvidas pela estagiária. Foram excluídos deste processo de seleção os clientes que não realizaram a avaliação inicial ou a avaliação final do processo de



intervenção sendo, para estes, impossível de avaliar a existência, ou não, de uma evolução ao longo da intervenção.

Do grupo geral presente neste estudo fizeram parte um total de 18 clientes, dos quais 5 são do género feminino e 13 do género masculino, com idades compreendidas entre os 33 e os 63 anos ( $M=49,5$ ). Relativamente às patologias observadas, o grupo apresenta, predominantemente, uma Perturbação do Espectro da Esquizofrenia com incidência em 11 clientes, a Perturbação Delirante está diagnosticada a 3 elementos do grupo, também a Perturbação Depressiva com o mesmo número de ocorrências (3 elementos) e a Perturbação Bipolar aparece presente em apenas 1 dos elementos do grupo final de estudo. Seguidamente os grupos são descritos individualmente com maior detalhe e informação.

### **2.3.1 Caracterização do Grupo I**

O primeiro grupo, tal como referido anteriormente, é constituído por 6 clientes que participaram apenas na atividade de **Desenvolvimento Pessoal**, sendo que fazem parte deste grupo 5 elementos do género masculino e 1 elemento do género feminino. As idades variam entre os 48 e os 56 anos ( $M=51,3$  anos).

### **2.3.2 Caracterização do Grupo II**

O segundo grupo é composto pelos 6 clientes que participaram na atividade de **Desenvolvimento Pessoal** e ainda numa outra atividade desenvolvida pela estagiária (**Psicomotricidade, Adaptação ao Meio Aquático ou ambas**). Neste grupo foram incluídos 4 elementos do género masculino e 2 elementos do género feminino, em que as idades variam entre os 42 e os 53 anos ( $M=47,5$  anos).

### **2.3.3 Caracterização do Grupo III**

O terceiro grupo inclui 6 clientes que não participaram em **nenhuma das atividades** desenvolvidas pela estagiária, sendo que 4 desses elementos são do género masculino e dois do género feminino, as idades são variáveis entre os 33 e os 63 anos de idade ( $M=49,7$ ).

## **3 Apresentação e Discussão dos Resultados**

A análise dos dados foi efetuada com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 25; IBM SPSS, Chicago, IL). Uma vez que a amostra tem  $n < 30$ , optou-se pelo uso de testes não paramétricos.

Inicialmente foram calculados os valores das médias e desvios-padrão de toda a amostra para todas as variáveis em estudo, apresentando-se os resultados de seguida, na

Tabela 5.

	Momento 1					Momento 2			
	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo		Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Domínio 1 (Físico)	57.34	16.95	21	89		60.12	18.34	25	96
Domínio 2 (Psicológico)	52.08	24.60	13	96		55.56	24.96	13	96
Domínio 3 (Social)	63.43	22.89	17	100		59.26	27.10	0	100
Domínio 4 (Ambiental)	59.55	14.72	41	91		61.81	16.59	31	94
Índice Geral Sintomas (Masculino)	1.24	.68	.24	2.52		1.41	.64	.30	2.56
Índice Geral Sintomas (Feminino)	1.51	.59	.98	2.39		1.69	.59	1.06	2.60
Total Desenvolvimento Pessoal (DP) Clientes	37.06 (71,27%)	6.66	23	48		36.28 (69,77%)	8.41	13	47
Total Desenvolvimento Pessoal (DP) Técnicos	19.17 (59,91%)	2.96	15	25		19.17 (59,91%)	3.07	14	25

Tabela 5 - Estatística Descritiva Geral das Avaliações (n=18);

É possível verificar que, relativamente à escala de avaliação da Qualidade de Vida, os resultados obtidos vão ao encontro dos valores médios indicados na validação da mesma, para a população com doença (Canavarro et al., 2007). No entanto, no referido estudo, a população em causa apresentou piores resultados nos domínios Físico (M=54,99) e Ambiental (M=58,79), ao contrário dos resultados obtidos pela estagiária, em que estes domínios são, inclusive, os que apresentaram melhores resultados na avaliação final. Estes resultados são inferiores aos obtidos pela população “saúdável”, tal como também aconteceu no processo de validação da escala (Canavarro et al., 2007).

Quanto ao SCL-90-R, importa relembrar que os resultados obtidos devem ser interpretados de forma contrária aos restantes testes, ou seja, valores mais elevados correspondem a um maior número de sintomas e intensidade experienciados correspondendo, portanto, a piores resultados; pelo contrário, menores valores correspondem a menos sintomas e menos intensidade experienciada, o que corresponde a melhores resultados.

Neste caso, os resultados foram agrupados segundo o género dos indivíduos por forma a poder comparar com os resultados obtidos por Baptista (1993) para a população portuguesa. Neste sentido, podemos verificar que os valores alcançados pelos indivíduos do género masculino apresentaram uma média sintomática (1.24) superior àquela aferida por Baptista (1993) (.66), tal como as participantes do género feminino, também apresentaram uma média sintomática (1.51) superior aos valores normativos estabelecido por aquele estudo (.87). Ou seja, podemos concluir que o grupo avaliado neste programa

apresenta maiores níveis de sintomatologia experienciada do que a população geral, tal como referido por APA (2013) e Rus-Calafell et al. (2014) para a população com esquizofrenia, e pela Direção-Geral de Saúde (2017a) para a população com Perturbação Depressiva. Porém, podem ser identificadas semelhanças entre os estudos, como o facto de ambos os resultados mostrarem valores sintomáticos mais elevados para a população feminina do que para a população masculina.

Relativamente à escala de avaliação do Desenvolvimento Pessoal (DP), podemos referir que, para a escala preenchida pelos clientes, o valor máximo que poderiam obter era de 52 pontos, tendo um indivíduo alcançado o total de 48, enquanto na escala preenchida pelos técnicos, o valor máximo que poderiam obter era de 32 e o valor máximo alcançado nesta amostra foi de 25. Segundo estes valores máximos, foi calculado o valor percentual correspondente à média apresentada, ou seja, no caso da escala dos utentes, o valor 37.06 foi multiplicado por 100 e dividido por 52 e, no caso da escala dos técnicos, o valor 19.17 foi multiplicado por 100 e dividido por 32. O mesmo processo foi realizado com os valores do momento 2.

Através dessa média percentual, podemos concluir que o nível de Desenvolvimento Pessoal percebido pelos clientes (DP Clientes) foi sempre superior ao relatado pela equipa técnica (DP Técnicos), referindo ainda que os valores observados pelos clientes diminuíram da primeira avaliação para a segunda, o que, analiticamente, se traduz numa diminuição do nível de Desenvolvimento Pessoal após a intervenção. Esta diminuição aparente de capacidades pode estar relacionada com uma sobreavaliação inicial, que poderá acontecer quando os clientes não conhecem o tema que está a ser introduzido, levando a que, posteriormente, mediante novas informações e experiências, consigam efetivamente avaliar as suas capacidades de uma forma mais adequada à sua realidade.

Importa referir que os dados aqui apresentados fazem referência a uma amostra diminuta, pelo que as conclusões que daqui se retiram representam realidades inferiores às aquelas que seriam desejadas para que a amostra fosse considerada relevante.

Foi também realizada a análise descritiva dos resultados obtidos segundo o género dos clientes avaliados, tornando-se pertinente mencionar a discrepância no número de elementos femininos (N=5) para o número de elementos masculinos (N=13), o que deverá ser tido em conta na análise dos valores expostos na

Tabela 6 - Estatística Descritiva por Género. Ainda assim, foi possível verificar que, na avaliação inicial, os elementos do género feminino obtiveram melhores resultados em todos os testes, exceto no *Índice Geral de Sintomas* e na opinião dos técnicos

	Momento 1					Momento 2			
	Média		Desvio-padrão			Média		Desvio-padrão	
	M	F	M	F		M	F	M	F
Domínio 1 (Físico)	53.85	66.43	13.48	23.09	60.71	58.57	18.50	19.98	
Domínio 2 (Psicológico)	51.92	52.50	27.25	18.54	55.77	55.00	26.27	24.01	
Domínio 3 (Social)	58.33	76.67	23.07	18.07	55.13	70.00	29.17	19.18	
Domínio 4 (Ambiental)	57.69	64.38	14.18	16.62	59.86	66.88	16.63	17.20	
Índice Geral Sintomas	1.24	1.51	.68	.59	1.41	1.69	.64	.59	
Total DP Clientes	36.62	38.20	5.65	9.52	35.92	37.20	8.99	7.53	
Total DP Técnicos	19.31	18.80	2.78	3.70	19.31	18.80	2.96	3.70	

relativamente ao *Desenvolvimento Pessoal (DP Técnicos)*. Já no momento de avaliação final, os elementos do género masculino obtiveram melhores resultados nos *Domínios Social e Psicológico* e, novamente, na opinião dos técnicos em relação ao *Desenvolvimento Pessoal*.

Tabela 6 - Estatística Descritiva por Género

Realizou-se, então, o teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes, no sentido de averiguar se as médias de ambos eram significativamente diferentes. Os resultados obtidos permitiram-nos concluir que as diferenças entre o grupo do género masculino e do género feminino não são estatisticamente significativas, tanto no momento da avaliação inicial (Tabela 7), como no momento final (Tabela 8 -Teste de Mann-Whitney - Género Masc/Fem - Momento 2).

Tabela 7 - Teste de Mann-Whitney - Género Masc/Fem - Momento 1

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Social)	Domínio 4 (Ambiental)	Índice Geral Sintomas	Total DP Clientes	Total DP Técnicos
Z	-1.681	-.050	-1.442	-.842	-.936	-.843	-.496
p	.093	.960	.149	.400	.349	.399	.620

Tabela 8 -Teste de Mann-Whitney - Género Masc/Fem - Momento 2

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Social)	Domínio 4 (Ambiental)	Índice Geral Sintomas	Total DP Clientes	Total DP Técnicos
Z	-.347	-.099	-.944	-.544	-.838	-.247	-.496
p	.728	.921	.345	.587	.402	.805	.620

Posteriormente, todos os clientes avaliados foram divididos em duas categorias relativas à idade: do grupo mais novo fazem parte os clientes com idades compreendidas entre os 33 e os 48 anos e ao grupo mais velho pertencem aqueles com idades compreendidas entre os 50 e os 63 anos. Os grupos foram divididos tendo em conta o valor da mediana para as idades dos utentes, que indica os 49 anos como ponto de corte.

Foram calculadas as médias e desvios-padrão destes dois grupos, quer para o

	Momento 1					Momento 2			
	Média		Desvio-padrão			Média		Desvio-padrão	
	<49	>49	<49	>49		<49	>49	<49	>49
Domínio 1 (Físico)	51.59	63.09	16.95	15.77		62.30	57.93	20.05	17.38
Domínio 2 (Psicológico)	45.83	58.33	20.94	27.56		49.54	61.57	26.55	23.18
Domínio 3 (Social)	69.44	57.41	17.68	26.82		56.48	62.04	25.95	29.50
Domínio 4 (Ambiental)	54.51	64.58	8.72	18.09		60.76	62.85	12.80	20.46
Índice Geral Sintomas	1.42	1.21	.62	.70		1.69	1.28	.45	.73
Total DP Clientes	34.33	39.78	6.93	5.45		35.22	37.33	10.21	6.61
Total DP Técnicos	18.22	20.11	3.27	2.42		18.11	20.22	3.41	2.44

momento de avaliação inicial, como final (Tabela 9 - Estatística Descritiva por Idades). Podemos verificar que, no momento inicial, o grupo de utentes com menos de 49 anos apresenta piores resultados em todos os testes, excetuando o *Domínio Social* da QdV, ao passo que, no momento de avaliação final, este grupo continua a exibir piores resultados em todas as escalas excetuando, desta vez, no *Domínio Físico* da QdV.

Tabela 9 - Estatística Descritiva por Idades

Realizou-se novamente o teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes no sentido de averiguar se as médias dos grupos eram significativamente diferentes. Porém, os resultados mostram também que as diferenças entre o grupo dos mais novos e dos mais velhos não são estatisticamente significativas, tanto no momento da avaliação inicial (Tabela 10), como no momento final (Tabela 11).

Tabela 10 - Teste de Mann-Whitney - Categoria de Idade - Momento 1

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Social)	Domínio 4 (Ambiental)	Índice Geral Sintomas	Total DP Clientes	Total DP Técnicos
Z	-1.24	-1.16	-.94	-1.20	-.93	-1.24	-1.51
p	.22	.25	.35	.23	.35	.21	.13

Tabela 11 - Teste de Mann-Whitney - Categoria de Idade - Momento 2

	Domínio 1 (Físico)	Domínio 2 (Psicológico)	Domínio 3 (Social)	Domínio 4 (Ambiental)	Índice Geral Sintomas	Total DP Clientes	Total DP Técnicos
Z	-.22	-1.11	-.49	-.31	-1.46	-.53	-1.56
p	.82	.26	.62	.76	.15	.60	.12

Posteriormente foi feita a mesma análise descritiva para os dois momentos de intervenção tendo em conta os grupos de intervenção estabelecidos anteriormente. Como se pode verificar pela Tabela 12, o Grupo 1 (que apenas participou em Desenvolvimento Pessoal) começou o programa de intervenção apresentando níveis mais baixos de QdV e mais elevados de *Sintomatologia Experimentada*. Contudo, é o grupo que apresenta melhores valores iniciais no que diz respeito ao *Desenvolvimento Pessoal*.

Face aos resultados elevados obtidos no SCL-90-R, eram expectáveis os valores obtidos para a WHOQOL-Bref, uma vez que se espera que a maior evidência de sintomas presentes nos clientes determine o decorrer do seu dia-a-dia e afete, consequentemente, a sua perceção da qualidade de vida.

Sobre a Escala de Desenvolvimento Pessoal não existe uma razão aparentemente justificativa que distinga os valores obtidos por este grupo face aos resultados obtidos pelos restantes grupos.

Tabela 12 - Estatística Descritiva dos Grupos de Intervenção - Momento 1

	Momento 1											
	Média			Desvio-padrão			Mínimo			Máximo		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3
Domínio 1 (Físico)	53.58	62.50	55.95	15.32	11.01	23.87	28.57	50.00	21.43	75.00	78.57	89.29
Domínio 2 (Psicológico)	43.05	54.86	58.33	23.22	29.39	22.36	25.00	12.50	29.17	83.33	83.33	95.83
Domínio 3 (Social)	61.11	65.28	63.89	25.09	18.57	28.22	25.00	50.00	16.67	91.67	100	100
Domínio 4 (Ambiental)	55.21	59.90	63.54	18.92	8.71	16.14	40.63	50.00	43.75	90.63	71.88	90.63
Índice Geral Sintomas	1.52	1.12	1.30	.55	.29	.97	.77	.82	.24	2.07	1.59	2.52
Total DP Clientes	38.67	36.17	36.33	4.89	8.16	7.53	32	25	23	46	48	44
%	76.37	69.56	69.86									
Total DP Técnicos	20.17	17.33	20.00	3.31	2.42	2.61	16	15	18	23	21	25
%	63.03	54.16	62.50									

Quanto aos outros dois grupos, na QdV obtiveram resultados semelhantes atingindo valores mais elevados em alguns domínios e valores mais baixos noutros. Quanto ao *Índice Geral de Sintomas*, o grupo 2 foi o grupo com melhores resultados, apresentando o valor mais baixo, mas foi também o grupo que apresentou piores resultados no *Desenvolvimento Pessoal*, demonstrando os valores mais baixos dos três grupos de intervenção.

Estes resultados podem ser justificados na medida em que o grupo 2 (grupo que participava em Desenvolvimento Pessoal e outra atividade Psicomotora) era composto por clientes que apresentavam um nível de funcionalidade inferior aos clientes dos restantes grupos. Assim, a sua participação nas atividades seria orientada pelas as diretrizes da equipa técnica e não pelas suas escolhas e preferências, sendo este o grupo com maior comprometimento ao nível das capacidades cognitivas e emocionais.

Assim, os scores obtidos podem encontrar a sua justificação na falta de conhecimento relativamente a si próprio e às questões abordadas nos respetivos testes de avaliação. Desta dificuldade de autoavaliação, decorrente do comprometimento das suas capacidades, podem resultar valores que não correspondem à realidade, pela falta de veracidade das respostas dadas pelos clientes.

Já no segundo momento de avaliação, como se pode consultar na Tabela 13, o

	Momento 2											
	Média			Desvio-padrão			Mínimo			Máximo		
	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3
Domínio 1 (Físico)	55.36	66.67	58.33	12.32	17.74	24.40	39.29	42.86	25.00	75.00	89.29	96.43
Domínio 2 (Psicológico)	57.64	54.17	54.86	22.43	30.05	26.54	33.33	16.67	12.50	95.83	83.33	83.33
Domínio 3 (Social)	66.67	55.56	55.56	25.82	31.48	27.22	33.33	.00	8.33	100	91.67	83.33
Domínio 4 (Ambiental)	62.50	64.58	58.33	15.81	18.82	17.53	37.50	37.50	31.25	81.25	93.75	78.13
Índice Geral Sintomas	1.57	1.26	1.62	.49	.50	.89	.93	.50	.30	2.07	2.00	2.60
Total DP Clientes	37.33	34.67	36.83	5.50	12.37	7.25	30	13	26	44	47	44
%	71.78	66.67	70.82									
Total DP Técnicos	20.17	16.67	20.67	3.31	1.97	2.42	16	14	18	23	19	25
%	63.02	52.09	64.59									

Grupo 1 foi o único grupo que, na QdV, apresenta médias mais elevadas em todos os domínios avaliados sendo que os restantes grupos baixaram as médias obtidas, sobretudo nos domínios Psicológico e Social.

Tabela 13 - Estatística Descritiva dos Grupos de Intervenção - Momento 2

Relativamente à *Sintomatologia Experienciada*, podemos verificar que todos os grupos relatam um aumento em relação à primeira avaliação o que se traduz em piores resultados para os clientes. Porém, neste segundo momento de avaliação, o grupo 3 (sem intervenção) foi o que apresentou piores resultados, atingindo valores médios mais elevados na cotação da escala.

Os resultados obtidos podem estar relacionados com o facto de o SCL-90-R ser um teste extenso e que aborda várias problemáticas relacionadas com diferentes áreas. Para além disso, as avaliações realizadas tiveram um intervalo de apenas 5 meses, o que população revelou ser um espaço de tempo muito curto para esta população demonstrar melhorias. Durante a segunda avaliação foi questionado pelos clientes porque teriam de preencher novamente este teste uma vez que, na sua perspetiva, o tinham feito há pouco tempo. Este contacto, que para os clientes demonstrou ser exagerado, com uma lista tão grande de sintomas, pode eventualmente levar a um aumento da somatização sobre as problemáticas que realmente sentem.

Por outro lado, pode também dar-se o caso de, no segundo momento de avaliação, o grupo já estar mais à vontade com a estagiária e terem já estabelecido uma maior e melhor relação de empatia, o que permite que os clientes sintam uma maior tendência a não ocultar as suas problemáticas e a relatar os sintomas experienciados tal e qual como os sentem, ainda que isso se traduza na obtenção de piores resultados neste campo. Outra justificação que deve ser tida em conta pode abranger diversas circunstâncias que



ultrapassam o campo de atuação do programa e que possam, efetivamente, provocar o aumento de sintomas nos clientes avaliados.

No que diz respeito à avaliação do *Desenvolvimento Pessoal*, podemos observar que foi o Grupo 3 o único que apresentou valores que reportam uma melhoria desta capacidade. Tanto o G1, como o G2, em qualquer uma das escalas (preenchida pelos técnicos ou pelos clientes) apresentaram valores mais baixos nesta segunda avaliação, reportando piores resultados depois de aplicado o plano de intervenção.

Como já foi referido, é frequente haver, neste tipo de intervenções, uma sobreavaliação inicial relativamente às aptidões que à partida não estão familiarizados. Assim, a margem resultante para haver evolução torna-se reduzida e, ao longo do processo de intervenção, os clientes vão tomando uma maior consciência das suas capacidades e dificuldades efetivas. Neste segundo momento de avaliação pode ter acontecido que os clientes se apercebessem das suas verdadeiras competências relativamente a este tema, preenchendo as escalas de avaliação em maior conformidade com a realidade vivida. Isto traduz a obtenção de piores resultados aparentes, mas na realidade relacionados com uma maior consciencialização.

Procedeu-se ainda à realização das matrizes de correlação de *Spearman*, no sentido de explorar a relação entre a Qualidade de Vida, o Índice Geral de Sintomas e o Desenvolvimento Pessoal. De forma a descrever o tamanho do efeito das referidas associações seguiram-se as normas sugeridas por Cohen (1988), que indicam que um *d* de Cohen inferior ou igual a .20 indica uma dimensão **pequena**, entre .21 e .49 corresponde a **média**, entre a .50 e .99 é considerada **elevada** e superior a 1 diz-se **muito elevada**. Nas análises realizadas, adotou-se um nível de *p-value* inferior ou igual a .05 para apontar a significância estatística (Marôco, 2010).

Na Tabela 14 encontram-se os coeficientes de correlação relativos ao momento 1.

Tabela 14- Correlações de Spearman entre variáveis para o Momento 1

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. QdV Domínio 1 – Físico	–	–	–	–	–	–	–
2. QdV Domínio 2 – Psicológico	.43	–	–	–	–	–	–
3. QdV Domínio 3 – Social	.16	.11	–	–	–	–	–
4. QdV Domínio 4 – Ambiental	.66**	.71**	.50*	–	–	–	–
5. Total SCL – 90 - R	-.28	-.62**	-.25	-.69**	–	–	–
6. Total DP C	.27	.54*	.29	.51*	-.44*	–	–
7. Total DP T	.25	-.11	-.35	.11	.02	-.17	–



Nota. \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$ .

QdV = Qualidade de Vida; SCL – 90 – R = *Symptom Checklist -90 – Revised*; DP C = *Desenvolvimento Pessoal Clientes*; DP T = *Desenvolvimento Pessoal Técnicos*

---

As correlações obtidas entre as sete variáveis apresentam diferentes valores de significância, verificando-se a existência de correlações com pequenas, médias e elevadas dimensões. Podemos observar que a escala de *Desenvolvimento Pessoal* preenchida pela equipa técnica é a única que não apresenta coeficientes de correlação estatisticamente significativos com nenhuma das restantes escalas aplicadas. Estes resultados ganham sentido, na medida em que é a única escala que não é preenchida pelos clientes, sendo os resultados obtidos decorrentes da opinião dos técnicos e podendo ser diferentes da opinião dos clientes.

Não obstante, verificou-se que o *Domínio 4* da WHOQOL-Bref é a única variável que apresenta valores de correlação estatisticamente significativos com todas as outras variáveis (exceto a referida anteriormente), no sentido expectável. Ou seja, foi obtida uma associação positiva e de magnitude elevada entre esta e os *Domínios 1, 2 e 3* da QdV, bem como com a escala de *Desenvolvimento Pessoal* preenchida pelos clientes, o que significa que os indivíduos que apresentam maiores níveis de *QdV Ambiental* apresentam níveis mais elevados nos *domínios Físico, Psicológico e Social, e no Desenvolvimento Pessoal* de acordo com a sua perceção. Relaciona-se também negativamente e com uma magnitude elevada com o *Índice Geral de Sintomas*, o que indica que os indivíduos que relatam maiores níveis de *QdV Ambiental* evidenciam menores níveis de sintomatologia experienciada.

Os valores obtidos mostram ainda uma relação significativa, também negativa e de magnitude elevada, entre o *Índice total de Sintomas* e o *Domínio Psicológico* da Qualidade de Vida. É também possível identificar uma relação positiva e significativa, de magnitude elevada, entre os níveis de *Desenvolvimento Pessoal* percebido pelos clientes e o *Domínio Psicológico da Qualidade de Vida*.

Já no momento da avaliação final, como pode ser confirmado na Tabela 15 o *Índice Geral de Sintomas* relaciona-se negativa e significativamente, com uma magnitude elevada, com todos os testes em estudo, excetuando com a *Escala de Desenvolvimento Pessoal - Técnicos*. De referir ainda que todos os *Domínios da QdV* se correlacionam significativamente entre si no sentido expectável, estabelecendo relações positivas e de magnitude elevada com todos os outros Domínios do mesmo teste.

Tabela 15- Correlações de Spearman entre variáveis para o Momento 2

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. QdV Domínio 1 – Físico	—	—	—	—	—	—	—
2. QdV Domínio 2 – Psicológico	.62**	—	—	—	—	—	—
3. QdV Domínio 3 – Social	.61**	.73**	—	—	—	—	—
4. QdV Domínio 4 – Ambiental	.77**	.78**	.96**	—	—	—	—
5. Total SCL – 90 - R	-.48*	-.48*	-.52*	-.55**	—	—	—
6. Total DP C	.58*	.59**	.45	.51*	-.14	—	—
7. Total DP T	-.19	-.22	-.15	-.20	-.02	-.21	—

Nota. \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$ .

QdV = Qualidade de Vida; SCL – 90 – R = *Symptom Checklist -90 – Revised*; DP C = *Desenvolvimento Pessoal Clientes*; DP T = *Desenvolvimento Pessoal Técnicos*

A Escala de Desenvolvimento Pessoal preenchida pelos Técnicos manteve-se como a única escala que não apresenta valores de correlação estatisticamente significativos para nenhuma das outras formas de avaliação. A Escala de Desenvolvimento Pessoal preenchida pelos Clientes apresenta valores de correlação positiva e de magnitude elevada para todos os Domínios avaliados pela WHOQOL-Bref, excetuando a correlação com o *Domínio 3 (Social)*, que é de magnitude média, e com o *Índice Geral de Sintomas*, que tem uma correlação negativa não significativa.

Seguidamente, procedeu-se à realização do teste de *Wilcoxon Signed Rank Test* utilizado para comparar valores médios de amostras emparelhadas. Este teste permite analisar as diferenças entre dois momentos de avaliação (inicial e final) realizados pelo mesmo grupo de sujeitos. As tabelas seguintes representam o nível de significância exato do teste unilateral (Sig.), que nos indica se existem diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação, para cada um dos testes realizados. Podemos ainda obter informação relativa às ordens negativas e positivas obtidas pelo grupo, bem como a média e a soma das mesmas. As ordens negativas referem-se a diminuições nos scores obtidos, ou seja, casos em que o resultado inicial das avaliações foi superior ao resultado da avaliação final; as ordens positivas, por sua vez, referem-se a casos em que os scores obtidos aumentaram da primeira para a segunda avaliação. A Tabela 16 traduz este conjunto de dados relativamente ao teste WHOQOL-Bref, indicando-nos as ordens obtidas para cada um dos domínios.

Tabela 16 - Teste de Wilcoxon para a WHOQOL-Bref

	N			Média Ordens			Soma Ordens			Z			Sig.		
	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3
<b>Domínio 1_M1</b> Ordens Negativas	2	3	3	2	2.17	4	4	6.5	12	-0.36	-0.27	-0.31	0.15	0.79	0.75
<b>Domínio 1_M2</b> Ordens Positivas	2	2	3	3	4.25	3	6	8.5	9						

	Empates	2	1	0												
<b>Domínio 2_M1</b>	Ordens Negativas	0	3	2	0	4.00	4.25	0	12	8.5	-2.23	-0.32	-0.27	<b>0.03</b>	0.75	0.79
<b>Domínio 2_M2</b>	Ordens Positivas	6	3	3	3.50	3.00	2.17	21	9	6.5						
	Empates	0	0	1												
<b>Domínio 3_M1</b>	Ordens Negativas	2	1	4	3.25	4.00	2.63	6.5	4	10.5	-0.85	-0.37	-0.81	0.40	0.71	0.42
<b>Domínio 3_M2</b>	Ordens Positivas	4	3	1	3.63	2.00	4.5	14.5	6	4.5						
	Empates	0	2	1												
<b>Domínio 4_M1</b>	Ordens Negativas	3	2	4	2	2.25	3.00	6	4.5	12	-0.95	-0.81	-0.32	0.34	0.42	0.75
<b>Domínio 4_M2</b>	Ordens Positivas	3	3	2	5	3.50	4.5	15	10.5	9						
	Empates	0	1	0												
Domínio 1 = Domínio Físico; Domínio 2 = Domínio Psicológico; Domínio 3 = Domínio Social; Domínio 4 = Domínio Ambiental																

Relativamente a este teste, os valores obtidos permitem-nos concluir que nenhum dos grupos apresentou diferenças estatisticamente significativas entre o Momento 1 e 2 de avaliação, exceto o Grupo 1 para o Domínio 2 ( $p < 0,05$ ). Neste caso, todos os sujeitos que participaram unicamente na atividade de Desenvolvimento Pessoal relataram melhorias na Qualidade de Vida Psicológica. Podemos também confirmar esta diferença através do número de Ordens Positivas (6) comparado com o número de Ordens Negativas (0), ou seja, todos os indivíduos deste grupo obtiveram *scores* mais elevados na segunda avaliação deste domínio.

Nos restantes grupos, apesar de não terem apresentado diferenças estatisticamente significativas, torna-se pertinente abordar o número de ordens positivas e negativas obtido, uma vez que, sendo esta uma amostra tão reduzida, essas diferenças apenas são identificadas quando todos os elementos do grupo melhoram, ou pioram, da primeira para a segunda avaliação.

Assim, podemos verificar que no, *Domínio Social*, quatro dos clientes do primeiro grupo melhoraram enquanto apenas dois tiveram piores resultados; no segundo grupo três clientes melhoraram, apenas um piorou e os restantes mantiveram os resultados; por fim, no terceiro grupo, quatro dos clientes pioraram e apenas um melhorou. Neste sentido, o terceiro grupo foi o que apresentou uma maior diminuição nos resultados do primeiro para o segundo momento de avaliação.

Também no domínio ambiental se pode verificar a mesma situação em que o grupo 3 é o que apresenta um maior número de ordens negativas em relação aos restantes grupos.

Tabela 17 - Teste de Wilcoxon para o SCL-90-R

		N			Média Ordens			Soma Ordens			Z			Sig.		
		GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3
<b>Total SCL_M1</b>	Ordens Negativas	1	2	0	6	4	.00	6.00	8	.00	-0.94	-0.52	-2.20	0.35	0.6	<b>0.03</b>
<b>Total SCL_M2</b>	Ordens Positivas	5	4	6	3.00	3.25	3.5	15.00	13	21						
	Empates	0	0	0												

Quanto ao SCL-90-R, a interpretação da Tabela 17 deverá ser feita de forma oposta aos restantes testes, uma vez que aqui as ordens positivas, representativas de um aumento de *score* entre os dois momentos de avaliação, referem-se a um aumento de sintomatologia experienciada pelos clientes.

Assim, verificou-se um aumento estatisticamente significativo de sintomas no grupo que não participou em nenhuma das atividades propostas (G3) o que pode ser confirmado pelas ordens positivas obtidas (6), ou seja, todos os clientes deste grupo obtiveram um maior índice de sintomatologia experienciada.

Nos outros dois grupos de intervenção não se verificaram diferenças significativas entre as duas avaliações. Porém, podemos ver que, quanto ao número de ordens positivas, o grupo 2 (que participou em desenvolvimento pessoal e psicomotricidade) é o que apresenta menos sujeitos que, aparentemente, pioraram de uma avaliação para a outra.

Tabela 18 - Teste de Wilcoxon para Escala de Desenvolvimento Pessoal

		N			Média Ordens			Soma Ordens			Z			Sig.		
		GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3	GR1	GR2	GR3
<b>Total DP</b>	Ordens Negativas	4	3	2	3.25	4	3.5	13	12	7	-0.52	-0.31	-0.14	0.60	0.75	0.89
<b>Cientes_M1</b>	Ordens Positivas	2	3	3	4.00	3	2.67	8	9	8						
<b>Total DP</b>	Empates	0	0	1												
<b>Cientes_M2</b>																
<b>Total DP</b>	Ordens Negativas	0	1	0	0	1	.00	0	1	.00	0.00	-1.00	-1.00	1.00	0.32	0.32
<b>Cientes_M1</b>	Ordens Positivas	0	0	1	0	0	1	0	0	1						
<b>Total DP</b>	Empates	6	5	5												
<b>Cientes_M2</b>																

No que diz respeito à Escala de Avaliação do Desenvolvimento Pessoal, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos grupos para qualquer uma das escalas (de técnicos ou de clientes), tal como se pode observar na Tabela 18.

No entanto, é de referir que, na escala preenchida pelos técnicos, se verificou um elevado número de empates, o que significa que os indivíduos obtiveram os mesmos *scores*, tanto na primeira avaliação, como na segunda avaliação. Na escala preenchida pelos clientes, contrariamente ao esperado, foi no grupo 3 (sem intervenção) que se

verificou um maior número de ordens positivas, relatando uma aparente melhoria do nível de Desenvolvimento Pessoal deste grupo.

Tal como foi referido anteriormente, a justificação para este acontecimento poderá prender-se com o facto de os grupos que participaram em Desenvolvimento Pessoal terem aumentado a sua consciencialização relativamente a este tema e terem sido capazes de avaliar com uma maior coerência e de forma mais ajustada às suas reais capacidades e dificuldades.

Posteriormente, o primeiro (Desenvolvimento Pessoal) e o segundo grupo (Desenvolvimento pessoal + Psicomotricidade/Natação) foram inseridos num mesmo grupo e foi utilizado novamente o teste de *Wilcoxon Signed Rank Test*, com o objetivo de perceber se existiram diferenças significativas entre o grupo com intervenção (Grupo 1+2) e o grupo sem intervenção (Grupo 3). Os valores obtidos mantiveram-se semelhantes aos apresentados anteriormente, pelo que os resultados fazem referência aos já abordados. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos testes e em nenhum dos grupos, exceto o valor já referido anteriormente para o G3 na avaliação dos sintomas.

### **3.1 Limitações e sugestões**

Os resultados obtidos através do processo de tratamento estatístico permitem-nos tirar algumas conclusões que não vão ao encontro do que seria pretendido e expectável no início do programa de intervenção.

Pelo que podemos verificar pelos resultados obtidos, nenhum dos grupos que participou nas sessões de Desenvolvimento Pessoal parece ter evoluído significativamente apresentando mesmo, por vezes, piores resultados na avaliação final do que os resultados obtidos inicialmente. Estes resultados, tal como já foi referido anteriormente, podem decorrer de uma sobreavaliação inicial das capacidades uma vez que os temas abordados representavam conceitos novos para este grupo de clientes. Neste sentido, aquando do preenchimento das escalas de avaliação no momento inicial, a falta de conhecimento dos clientes sobre o seu Desenvolvimento Pessoal, e respetivos conceitos enquadrados, pode ter levado a que eles não tenham preenchido as escalas em conformidade com a realidade vivida. Caso assim seja, para além de a margem para evoluir se tornar muito pequena, é ainda natural que os resultados obtidos na última avaliação sejam mais verídicos e fidedignos do que os resultados obtidos na primeira avaliação, dado que se supõe que depois do processo de intervenção os clientes estejam mais informados sobre as

capacidades que realmente estão a ser avaliadas. Porém, os resultados da mesma escala preenchida pelos técnicos que acompanhavam este grupo revelam resultados pouco promissores em relação a esta teoria. Mais informação e recolha de dados seria necessária para completar este estudo.

Para além disso, o sucesso destes programas de intervenção está bastante relacionado com a intensidade, duração e frequência das sessões implementadas, (Ezhumalai, Muralidhar, Dhanasekarapandian e Nikketha, 2018; Forman e Nagy, 2006) apesar de os valores ótimos destes indicadores ainda não estarem estabelecidos (Atlantis et al., 2004). Neste caso, considera-se que os resultados obtidos traduzem esta realidade, uma vez que a duração do programa de intervenção deveria ter sido superior aos cinco meses, sendo pertinente propor um trabalho de continuação, onde toda a equipa técnica está envolvida, para além do Psicomotricista e das sessões de Desenvolvimento Pessoal; para além disso, a frequência semanal também parece não ter sido adequada às necessidades dos grupos, uma vez que os clientes se esqueciam continuamente, de uma semana para a outra, quais os temas que já tinham sido abordados e o significado de conceitos importantes para a concretização das atividades. Ao aumentar a duração e frequência das atividades, consequentemente, o nível de intensidade aumentará, o que poderá eventualmente permitir que os resultados obtidos traduzam outra realidade daquela aqui exposta.

A baixa adesão dos clientes às atividades propostas foi também um fator que contribuiu bastante para os resultados obtidos, começando pela definição dos grupos de intervenção, ou seja, de um universo de 30 clientes apenas foi possível realizar o estudo com 18, o que revelou ser uma amostra pequena e com pouco poder estatístico para a análise que se pretendia fazer. Destes 18 clientes é de referir ainda que 6 fazem parte do Grupo 3 (que não participou em nenhuma atividade), ou seja, dos 30 clientes que a associação apoia, apenas 12 participaram num número suficiente de sessões que permitiu que integrassem um grupo de intervenção. Esta realidade deve ser tida em conta pelo Fórum e pela equipa técnica que presta apoio social a esta população de forma a que, aquando do planeamento e proposta de atividades futuras, exista alguma mudança que vá ao encontro dos interesses dos clientes e que permita aumentar a presença do grupo nas atividades desenvolvidas. A forma como atualmente se aborda estes temas não parece ser a mais adequada, sendo possível verificar, nos clientes, expressões de tédio e enfado durante as referidas sessões. Assim, sugere-se que, para além da melhoria e atualização das atividades propostas no Manual de Intervenção, seja também repensada a organização desta atividade relativamente à metodologia adotada, ao espaço utilizado para

a intervenção e ainda a frequência e duração destas sessões. Todas estas características são cruciais para o sucesso dos programas de intervenção nesta área de atuação.

Para além disso, a constante mudança dos elementos que atendiam às sessões de Desenvolvimento Pessoal provocava, muitas vezes, dificuldades em manter todo o grupo a par das temáticas desenvolvidas. Muitas das atividades organizadas não eram concluídas na primeira sessão, sendo terminadas na semana seguinte ou, mesmo, duas semanas depois. Isto fazia com que, se os clientes não atendessem a esta sequência de sessões completa, ficariam prejudicados em relação aos colegas e não realizariam alguma das partes fundamentais da atividade, quer seja a componente prática inicial, ou a reflexão e interiorização da mensagem pretendida. Mais uma vez, deve ser fomentada a presença dos clientes em todas as atividades e, neste sentido, uma sugestão para a continuidade desta intervenção seria a alteração das atividades desenvolvidas, por forma a corresponder aos interesses dos clientes. É também importante, sempre que possível, dar reforços positivos aos utentes que realmente participam assiduamente, para que mantenham o interesse e motivação para participar nas atividades.

O mesmo aconteceu com a diferenciação dos grupos que participavam, ou não, na atividade de Psicomotricidade ou Adaptação ao Meio Aquático. Não se verificaram diferenças entre estes grupos, nem evidências que alguma diferença pudesse estar relacionada com a frequência destas atividades complementares. Para além da baixa adesão dos clientes a esta atividade (provavelmente por acontecer fora das instalações da ARIA e requerer outro tipo de disponibilidade motora), pôde também verificar-se que os clientes que atendiam a estas atividades, tal como já foi referido anteriormente, apresentavam níveis de funcionalidade mais baixos que os restantes grupos, atendendo às atividades por recomendação da equipa técnica, e não propriamente por vontade própria. A esses níveis mais baixos de funcionalidade estavam também associadas maiores dificuldades psicomotoras e cognitivas, que acabam por tornar os grupos mais heterogéneos e menos passíveis de comparações.

## **4 Perceção individual dos ganhos observados**

Ainda que os dados obtidos e analisados estatisticamente não tenham revelado os resultados pretendidos sobre a aplicação deste programa de intervenção, é de considerar também aspetos qualitativos da intervenção, que não podem ser mensuráveis através desta forma de avaliação.



Tal como foi referido anteriormente, todas as sessões terminaram com um diálogo entre técnicos e clientes, onde foi incentivado que cada cliente partilhasse a sua experiência e a importância pessoal de ter estado na respetiva sessão com os colegas e técnicos. Durante estes momentos, foi possível compreender melhor a perceção dos clientes em relação às atividades realizadas, sendo por diversos momentos referido por eles que “*gostaram das atividades*” ou que “*fez sentido estar nesta sessão*”. Houve também clientes que referiam quando não gostavam tanto das atividades, contrariando a opinião dos colegas. Porém, relativamente à justificação desta preferência, revelou ser mais difícil obter uma resposta dos mesmos.

Apesar de alguns clientes demonstrarem constantemente falta de motivação e iniciativa para participar na atividade de Desenvolvimento Pessoal, houve também por contraste, aqueles que estiveram sempre a intervir e a esforçar-se para conseguir completar corretamente as tarefas solicitadas. Este tipo de participação ativa foi sempre incentivado através do reforço positivo, valorizando não só as intervenções, mas principalmente, quando estas eram feitas adequadamente, demonstrando um processo reflexivo prévio sobre os temas a ser abordados.

Foi sistematicamente identificada uma grande dificuldade dos clientes em recordarem os temas abordados durante estas sessões e em explicar a importância destas atividades. Contudo, após a explicação da estagiária e do Técnico Superior de Reabilitação Psicomotora, os clientes demonstravam perceber e concordar com a relevância e pertinência destas atividades. Como ponto positivo destas sessões, pode também referir-se os múltiplos debates que iam sendo feitos entre clientes e técnicos sobre as mais variadas temáticas, fruto do desenvolvimento das atividades e de dúvidas expostas pelos clientes. Estes momentos de envolvimento na atividade revelaram ser proveitosos para todos os elementos, demonstrando estes uma relativa satisfação em abordar esses temas, tendo muitas vezes de ser interrompidos pelo terminar da sessão.

A atividade de Psicomotricidade, ao longo do período de estágio, possibilitou a experiência de diferentes situações com um carácter mais informal, e demonstrou ser um período benéfico, tanto para os clientes, como para a estagiária. Nesta atividade, tanto no momento do final da sessão, de retorno à calma, como durante as deslocações até ao FAS, foram partilhadas opiniões relativamente às atividades desenvolvidas, que permitiram fazer o encadeamento das sessões consoante os interesses pessoais dos utentes. Desta forma, foi sendo desenvolvida uma melhor relação de empatia entre a estagiária e o grupo, o que



levou à criação de um ambiente securizante para abordar o desenvolvimento psicomotor dos clientes e permitir a manutenção das capacidades de cada um.

A Adaptação ao Meio Aquático revelou ser um meio privilegiado no estabelecimento desta relação de empatia entre os clientes e a técnica, bem como no desenvolvimento das capacidades dos clientes. Apesar da baixa adesão dos clientes a esta atividade, verificou-se, no grupo que estava continuamente presente, uma confiança progressivamente superior dentro do meio aquático. Sendo algumas destas melhorias mínimas e difíceis de identificar, outras por oposição, revelaram ser verdadeiros momentos de superação pessoal que foram experienciados e celebrados por todos os elementos envolvidos nestas sessões.

Os relatórios de sessão feitos, impreterivelmente depois de cada sessão, permitem também identificar, tanto dificuldades experienciadas por cada interveniente das atividades, como os momentos em que os clientes conseguiram alcançar os objetivos estabelecidos para cada tarefa. Atendendo às características deste grupo, nomeadamente a idade e o nível de funcionalidade, a manutenção das capacidades torna-se um objetivo mais realista do que a evolução das mesmas. Neste sentido, considera-se que este tipo de intervenções ganhou a sua importância nas pequenas conquistas dos clientes em cada sessão, que em última análise revelam exatamente o cumprimento do referido objetivo.

## **5 Atividades Complementares**

No decorrer desta UC, para além das atividades de estágio já referidas e que aconteceram regularmente durante o período de intervenção na instituição, foi também possível a participação noutras atividades que aconteceram na instituição ou na comunidade e que tiveram diferentes propósitos, a seguir referidos pormenorizadamente. As atividades estão apresentadas cronologicamente de acordo com as datas em que aconteceram ao longo do estágio.

No dia 10 de Outubro de 2017, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Saúde Mental, a ARIA organizou a primeira edição do “Saúde Mental *Sunset*”, um evento que teve lugar na Praia de Santo Amaro (Oeiras) e que teve como objetivo a consciencialização de toda a população para as perturbações da saúde mental. Neste sentido, foi promovido o encontro e convívio de utentes, familiares, profissionais da área da saúde e a população em geral, num ambiente convidativo e com diversos momentos de entretenimento entre todos. Para a estagiária este encontro foi também importante no sentido de conhecer melhor as restantes respostas da ARIA, bem como alguns dos

elementos que intervêm na área da Psicomotricidade nos outros fóruns desta associação e ainda conhecer vários clientes das diferentes valências e respostas sociais.

Ainda com o objetivo de sensibilização da comunidade, foi realizada, a 21 de Outubro de 2017, a 5ª Caminhada pela Saúde Mental, um evento que teve lugar no Parque das Nações, em Lisboa. Esta caminhada é organizada no sentido de contrariar a exclusão e o estigma associado às perturbações da saúde mental, defendendo a valorização das pessoas com estas patologias e a facilitação da sua inclusão social na comunidade.

No dia 9 de novembro, a estagiária teve a oportunidade de acompanhar, pela primeira vez, os clientes do FAS a uma atividade realizada fora da instituição. Esta atividade aconteceu no Centro Cultura Casapiano, no espaço de exposições temporárias vocacionado para a divulgação de artes plásticas e temáticas associadas à Missão da Casa Pia de Lisboa. Durante esta atividade, o grupo teve oportunidade de observar várias obras patentes na exposição e de participar, posteriormente, num *workshop* de escultura e pintura relacionado com a exposição visitada.

No dia 14 de dezembro de 2017 foi realizada a Festa de Natal da Aria, um evento que aconteceu no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e que contou com a presença de clientes, técnicos, familiares e amigos de todas as valências da Associação. Neste momento, a estagiária teve um maior envolvimento à apresentação de um teatro feita por todos os clientes que participam na atividade FlashARIA, apoiando esta representação em termos logísticos e de suporte técnico nos bastidores.

Ainda no mesmo mês deste ano, dia 18 de dezembro, os clientes do FAS foram ver o espetáculo do Circo de Natal do Coliseu de Lisboa, uma saída que a estagiária também acompanhou e que culminou numa visita pela zona da Baixa de Lisboa e na visualização das decorações referentes à época natalícia. Estas saídas ganham a sua importância, na medida em que se possibilita a quebra de rotinas relativamente ao dia-a-dia dos clientes na instituição, permitindo também momentos de relação mais informal entre técnicos e clientes melhorando sempre a relação empática entre todos. Durante estas saídas os clientes têm ainda a oportunidade de observar determinadas competências pessoais fora do contexto institucional e também um ponto muito importante, dá-se a conhecer aos clientes novos sítios e novas oportunidades que eles podem aproveitar sempre que seja necessário combater situações de crise, solidão ou isolamento, estimulando o contacto social com a comunidade.

O dia 26 de janeiro de 2018 ficou marcado pela presença na conferência “Isto é Inclusão” inserida na mostra “Isto é PARTIS 2018”. O PARTIS (Práticas Artísticas para a

Inclusão Social) é um programa de apoio a projetos que utilizam a arte como forma de intervenção junto da população em desvantagem social. “Isto é PARTIS” foi uma iniciativa que teve a duração de quatro dias, em que num dos quais (o dia da visita do FAS) foi realizada a conferência “Isto é Inclusão”. Nesta conferência foram apresentadas várias narrativas, visões e abordagens relativamente ao impacto social gerado pelas práticas artísticas. A esta conferência atenderam os clientes dos FAS que participam na atividade FlashARIA, por ser uma atividade relacionada com as práticas artísticas abordadas pelos diferentes oradores.

Durante o mês de janeiro foi também lançada a edição da NoticiARIA, uma revista com periodicidade trimestral que visa partilhar os acontecimentos de especial relevância que acontecem nas diferentes valências desta Associação. Na edição de janeiro de 2018 pode ser consultada a notícia submetida pela estagiária fazendo referência à atividade de Desenvolvimento Pessoal que estava então a ser desenvolvida com os clientes do FAS (ver Figura 2).

**Figura 2 - Excerto da NoticiARIA, Janeiro de 2018**



**ARIA**

Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

NoticiARIA, Janeiro 2018

## As nossas notícias!



### Desenvolvimento Pessoal no FAS

O Desenvolvimento Pessoal é uma atividade que está a decorrer no Fórum de Apoio Social que tem como principal objetivo desenvolver o autoconhecimento e a autorregulação dos seus participantes.

A autoconsciência é a grande característica distintiva do ser humano que nos permite pensar sobre nós próprios de uma forma complexa, consciente e abstrata.

Assim, a autoconsciência permite-nos desenvolver a autorregulação, o autoconhecimento e a construção da nossa identidade. São as diferenças individuais verificadas nesta capacidade que determinam vários aspetos da nossa saúde física e mental.

O autoconhecimento é o processo que nos permite conhecer-nos a nós próprios, os nossos pontos fortes e as nossas limitações. Assim, trabalhar o autoconhecimento vai permitir desenvolver simultaneamente a autoestima e autoconfiança de cada um, levando à adoção de novos papéis sociais que por sua vez mantêm o estímulo de autoconsciência e atualização do conceito de si mesmo.

A autorregulação como um conjunto de processos que nos permite controlar impulsos e emoções, é uma competência fundamental para alcançar um comportamento adaptativo a diversas situações com que nos deparamos ao longo da nossa vida. O desenvolvimento desta capacidade vai tornar-se útil na redução de comportamentos desadequados e permitir melhorias ao nível da interação social.

Mais tarde, no dia 17 de abril de 2018, todos os clientes do FAS que mostraram interesse, tiveram a oportunidade de ver a quinta edição do congresso da Fundação “O que de Verdade Importa”, onde foram apresentados testemunhos de superação e histórias de vida contadas na primeira pessoa por Paulo Azevedo, Pedro García Aguado e Joe

Santos. Este evento teve lugar no Campo Pequeno, em Lisboa, e ganhou a sua importância no reconhecimento da possibilidade de superação e resiliência apesar de todas as dificuldades experienciadas que podem passar pela existência de uma perturbação da saúde mental, como é o caso dos clientes da ARIA.

Ainda no dia 10 de Maio do mesmo ano, aconteceu em duas valências da ARIA um dia particularmente diferente conhecido pelo *Red Day*, um dia em que a imobiliária do Grupo PR1ME KW, do Restelo, dispensa os seus colaboradores para participarem numa ação de voluntariado, que neste ano se traduziu na concretização de algumas remodelações das instalações desta Associação. Assim, durante este dia, tanto voluntários, como técnicos e utentes da ARIA realizaram algumas melhorias. Neste sentido, ao mesmo tempo que se promoveu a interação entre a comunidade e a população com perturbações da Saúde Mental desconstruíram-se mitos e estigmas associados a esta população.

No dia seguinte, a 10 de maio de 2018, o grupo de clientes que participa na atividade do FlashARIA realizou uma atuação na Feira da Educação e da Saúde de Belém, levando até aos Jardins Vasco da Gama uma pequena representação sobre os Anos 80, proporcionando a todos uma oportunidade de aproximação à comunidade. Mais uma vez, a presença da estagiária traduziu-se no apoio técnico e logístico nos bastidores da atuação.

Por último, no dia 25 de maio, a estagiária participou ainda numa iniciativa promovida e financiada pela Junta de Freguesia de Belém, que celebra neste dia o Dia Mundial do Vizinho. Neste sentido, foi realizado nas instalações do FAS um churrasco com direito a música ao vivo onde a comunidade é convidada a estar com toda a equipa e os clientes da instituição, numa ação que promove a coesão social e a solidariedade entre as pessoas que residem nesta área.

Para além destas atividades pontuais, a estagiária realizou ainda uma atividade com os clientes do Fórum, que teve uma duração mais longa e de carácter diferente. Durante o mês de fevereiro (num total de 4 semanas), a estagiária desenvolveu um programa de Estimulação Sensorial realizado à sexta-feira durante o período da manhã. Este programa resultou da necessidade da equipa técnica substituir um professor externo da atividade de Música, pelo que enquanto não foi possível concretizar esta substituição, a estagiária utilizou o espaço temporal da atividade de Música para realizar as sessões de Estimulação Sensorial. As quatro sessões desenvolvidas abordaram, respetivamente, os temas Tato, Visão, Olfato e Audição utilizando diferentes materiais de estimulação sensorial para trabalhar cada um destes sentidos. Mais ainda, cada sessão fazia referência

a processos de reflexão sobre as sensações obtidas durante as atividades e o impacto de cada sentido na nossa vida estimulando a consciencialização da importância destas capacidades e potencialidades do nosso corpo.

Por fim, durante o mês de Maio, a estagiária foi convidada a participar em reuniões de equipa, juntamente com os membros da equipa técnica, nomeadamente a Diretora Técnica, o Técnico de Reabilitação Psicomotora, a Terapeuta Ocupacional e a Animadora Sociocultural. Segundo a justificação da equipa técnica, os estagiários curriculares apenas participam nestas reuniões durante um período limitado por questões de confidencialidade e privacidade dos clientes, bem como por ser um momento em que, entre outros assuntos, são também abordadas questões relativas precisamente ao estágio e ao desempenho da estagiária. Nas reuniões a que a estagiária atendeu, foram abordados vários pontos sobre o processo de desenvolvimento dos clientes que a instituição atende, foi feito o planeamento e organização dos eventos que aconteceram durante este mesmo período e houve ainda momentos de partilha sobre situações que foram acontecendo na associação durante as atividades ou os restantes momentos com os clientes.

## **6 Fatores de inovação**

Seguidamente são apresentados os elementos desenvolvidos pela estagiária e que podem ser considerados como fatores de inovação neste âmbito, uma vez que são elementos realizados pela primeira vez neste local de estágio e que permitiram facilitar o processo de intervenção, quer da estagiária durante a aplicação do programa, quer de outros técnicos que utilizem estas ferramentas no futuro.

### **6.1 Checklist de Avaliação Psicomotora**

Tal como já foi referido anteriormente na secção 1.2.2 Avaliação de 1.2 Psicomotricidade, a avaliação do Desenvolvimento Psicomotor foi feita através de uma Checklist desenvolvida pela estagiária e baseada no base o Manual de Observação Psicomotora de Fonseca (2010), o Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT-2) de Bruininks e Bruininks (2005) e ainda o Body Skills de Werder e Bruininks (1998).

O processo de desenvolvimento desta escala passou por várias etapas, sendo que foi dada especial importância à facilidade de utilização e preenchimento intuitivo da *checklist*, de forma a facilitar o trabalho dos profissionais que a possam vir a utilizar.

É importante salientar que foram consideradas as características do grupo de intervenção e da atividade desenvolvida e, por essa razão, não são avaliadas algumas



competências psicomotoras. É o caso das competências relacionadas com a praxia fina e a capacidade de estruturação rítmica (por não serem objetivos estabelecidos para estas sessões).

O produto final (que pode ser consultado no Anexo 8 – Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor) é então uma checklist de uma página, em que cada competência é avaliada segundo a escala da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (2010), definindo o nível desde Dispráxico a Eupráxico que cada cliente apresenta nas diferentes tarefas.

## **6.2 Escala de Desenvolvimento Pessoal**

A Escala de Desenvolvimento Pessoal foi também um produto do processo de estágio que já foi referida anteriormente na secção 1.3.2 Avaliação do 1.3 Desenvolvimento Pessoal.

O método de desenvolvimento desta escala consistiu na pesquisa e seleção de dois questionários propostos pela instituição CASEL (*Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*) e que podem ser consultados no Anexo 15 - Student self-report of social emotional competence e Anexo 16 - Teacher ratings of student social emotional competence. A seleção destes questionários tem a sua justificação na medida em que ambos se propõem a avaliar os parâmetros que a estagiária pretendia também avaliar nos clientes atendidos. No entanto, existem várias razões pelas quais foi necessário fazer uma adaptação destes questionários: (1) a população alvo dos questionários originais eram jovens e adolescentes a frequentar o ensino escolar, (2) os questionários avaliam mais competências do que aquelas pertinentes para este estudo (3) os questionários originais estão disponíveis apenas em inglês.

Neste sentido, após a seleção dos itens mais relevantes para o presente estudo (ver Anexo 17 – Síntese dos Itens propostos por AIRECASEL), a estagiária encarregou-se também de adaptar a linguagem do contexto escolar para o contexto sócioocupacional da população abrangida neste estágio. Por fim, procedeu-se à tradução dos itens propostos e à organização final da Escala de Desenvolvimento Pessoal.

Para obter uma tradução correta e adequada da escala, é de referir que a mesma passou por um processo de três etapas de tradução e adaptação da escala. Na primeira etapa, os itens propostos foram traduzidos por três pessoas diferentes que demonstram ter conhecimentos linguísticos suficientes para a tradução correta de cada frase. Posteriormente, numa segunda etapa, as três traduções foram comparadas e culminaram numa tradução final da escala, em que foram escolhidos de forma consensual os termos

divergentes que melhor se adaptavam ao propósito pretendido. Por último, esta versão portuguesa da escala foi traduzida novamente por três pessoas diferentes das três primeiras, de forma a confirmar que os termos utilizados traduziam corretamente o sentido que se pretendia dar a cada item.

A versão final desta escala resulta em dois questionários, em que um deverá ser preenchido pelo indivíduo que se pretende avaliar e o outro deverá ser preenchido pelo técnico, ou técnicos, que prestam serviços a esse indivíduo e que são capazes de avaliar as competências a que se refere cada item. A escala de Desenvolvimento Pessoal pode ser consultada no Anexo 12 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento Pessoal.

### **6.3 Manual de Atividades para o Desenvolvimento Pessoal**

O Manual de Atividades para o Desenvolvimento Pessoal é uma ferramenta também já referida ao longo deste relatório, que foi desenvolvida pela estagiária durante o período de estágio e que é de especial relevância para o objetivo a que este relatório se propôs. Este Manual de Atividades, tal como o nome o indica, apresenta um conjunto de atividades propostas para trabalhar as questões do Desenvolvimento Pessoal na população com Perturbações da Saúde Mental.

As atividades referidas foram todas realizadas durante as sessões de Desenvolvimento Pessoal no FAS e são sugestões que resultam da combinação de propostas da estagiária, do Técnico de Reabilitação Psicomotora Nelson Amaral e da pesquisa de outros manuais que abordam os mesmos temas propostos por este programa de intervenção, nomeadamente:

- Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência (Simões et al., 2009);
- Manual de utilização do programa Endireita (Gomes, 2016).

O objetivo da criação deste Manual de Atividades foi, precisamente, permitir que outros técnicos da mesma área possam utilizar esta ferramenta como referência para intervenções futuras na área da Saúde Mental. Deste manual fazem parte, para além do enquadramento teórico do programa de atividades, um conjunto de 18 sessões, cada uma com um tema atribuído segundo os objetivos propostos pela CASEL (2013, 2015, 2017) para os dois objetivos gerais – Autoconsciência e Autorregulação - justificados anteriormente na secção 4.1 Orientação Teórica da Atividade do ponto 4 Desenvolvimento Pessoal. Cada uma das sessões propostas tem, então, um tema atribuído, sendo que



alguns dos temas podem estar repetidos devido à complexidade dos conceitos que abordam.

A estrutura do Manual está pensada de forma a permitir aos utilizadores organizar as suas sessões de acordo com as atividades propostas, fazendo ainda referência a dicas e sugestões que possibilitam antecipar dúvidas ou questões que possam surgir durante as sessões. Cada sessão inclui o material necessário para desenvolver as atividades propostas, o tempo mínimo necessário para essa concretização, os objetivos específicos das atividades, uma descrição pormenorizada de cada sessão e ainda um exemplo de abordagem a ter perante cada sessão que se pretenda realizar (ver Figura 3 e Figura 4).

## A Intervenção Psicomotora na Promoção do Desenvolvimento Pessoal em Adultos com Perturbações da Saúde Mental em Contexto Sócio Ocupacional

### Sessão 4 e 5 - Identificar Emoções

#### Materiais:

- ❖ Filme “Inside Out”
- ❖ Impressão das personagens individualmente em folhas A4
- ❖ Cubo construído com tarefas em cada uma das facas
- ❖ Cubo construído com as personagens em cada uma das facas

Duração: 45 min

#### Objetivos:

- Aumentar a capacidade de reflexão;
- Abordar conceitos relativos a emoções e sentimentos;
- Desenvolver a capacidade de comunicação e expressão verbal.

#### Descrição:

Inicialmente é explicado aos clientes que o tema que vai ser abordado durante esta e as próximas sessões é relativo às nossas Emoções. Deve ser explicado que a importância de abordarmos este tema está relacionada com a forma como conseguimos lidar com as situações que nos acontecem e que se soubermos identificar as emoções que sentimos em diversos momentos vamos conseguir gerir os nossos comportamentos mais facilmente.

Posteriormente, pede-se aos clientes que enumerem as emoções que conhecem e mediante as respostas obtidas torna-se importante esclarecer a diferença entre **Emoção** e **Sentimento**. Neste momento é proposto aos clientes a visualização do filme *Inside Out* como atividade relacionada com este tema apontando para o facto de as personagens deste filme representarem as emoções que vão ser trabalhadas posteriormente.

Após visualizar o filme são então mostradas as personagens impressas nas folhas A4 e é solicitado aos clientes que nomeiem cada uma das personagens de acordo com a emoção que elas representam, bem como, fazer uma descrição verbal da linguagem corporal de cada personagem e referir situações em que já tenham sentido aquela determinada emoção.

Seguidamente, apresentar os dois dados construídos segundo as imagens apresentadas a seguir e explicar a atividade aos clientes: cada um vai lançar os dados e cumprir a tarefa que ficar na face voltada para cima consoante a emoção que ficar também voltada para cima.

Por último, para terminar a sessão deverá ser feita uma síntese do que foi abordado durante aquela hora e, muito resumidamente, voltar a falar de todas as emoções que foram observadas no filme *Inside Out*.

### Sessão 4 e 5

A **emoção** é um conjunto de reações corporais, automáticas e inconscientes, face a determinados estímulos provenientes do meio onde estamos inseridos.

O **sentimento** surge quando tomamos consciência das nossas emoções, isto é, quando as emoções são transferidas para determinadas zonas do nosso cérebro, e se transformam em atividade neuronal.

António Damásio  
*In O Sentimento de Si*

#### Nota!

Dar exemplos de situações em que cada uma das emoções pode estar presente nas nossas vidas.

Utilizar sempre exemplos que correspondam à realidade da população atendida.



#### Exemplos de Abordagem:

*Bom dia a todos, hoje vamos dar início ao nosso primeiro tema que no fundo vai ser o tema das Emoções. Quem é que me sabe dizer o que é isto de Emoções? (...)*

*As emoções são aquilo que nós sentimos quando nos acontece alguma coisa. E nós vamos falar sobre elas porque é muito importante saber falar sobre o que sentimos em diferentes situações. Primeiro, temos de saber que emoções é que existem, digam lá que emoções é que vocês conhecem? (...)*

*Mas as emoções e os sentimentos não são a mesma coisa! Alguém sabe qual é a diferença? Existem várias diferenças entre eles: as emoções duram menos tempo, são inconscientes e não as conseguimos esconder, o nosso corpo traduz o que sentimos; os sentimentos duram mais tempo, resultam do nosso pensamento, por isso, são conscientes e não provocam alterações no nosso corpo, ou seja, as outras pessoas não têm como saber os sentimentos que nós temos, a menos que lhes digam!*

*Depois de vermos o filme sobre as emoções vamos então lembrar quais são as personagens que vimos. Quem sabe qual é esta personagem? Conseguem descrever como ela está nesta imagem? Em que situações da vida acham que sentimos esta emoção?*

*Muito bem, agora vamos fazer uma atividade com estes dados em que cada um de vocês vai lançar os dois dados ao mesmo tempo e depois vão ter de fazer a tarefa que sair no primeiro dado relativamente à emoção que sair no segundo dado. Por exemplo, podem ter de “Mostrar como alguém fica quando sente...” e “Raiva”; ou “Diga algo que o faça sentir...” e “Alegria”.*

*Para acabar a nossa sessão vamos só relembra qual era a diferença entre emoção e sentimento? O que estivemos a falar hoje era qual destes dois? E quais foram as emoções que vimos no filme?*

#### Emoções:

- Alegria
- Tristeza
- Raiva
- Surpresa
- Repulsa
- Medo

Figura 3 – Exemplo de uma sessão do Manual de atividades para o Desenvolvimento Pessoal - pág. 10

Figura 4 - Exemplo de uma sessão do Manual de atividades para o Desenvolvimento Pessoal (continuação) - pág. 11

## **7 Conclusão**

A unidade curricular de Atividades de Aprofundamento das Competências Profissionais tem, no Mestrado em Reabilitação Psicomotora, o objetivo de promover a capacidade de reflexão do estagiário em relação às vertentes científicas e metodológicas do processo de intervenção na população com deficiências/perturbações. Para além disso, visa ainda estimular a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços relacionados com as diferentes áreas da intervenção Psicomotora, estimulando a inovação na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas com enquadramento profissional e científico nesta área.

Neste sentido, pode considerar-se que os objetivos gerais a que este estágio inicialmente se propôs foram cumpridos, na medida em que a estagiária foi capaz de planear e gerir as sessões previstas para o grupo de intervenção, tanto para a área da Psicomotricidade, como para a Adaptação ao Meio Aquático e o Desenvolvimento Pessoal. Para este efeito, foi importante a pesquisa e procura de informação sobre cada uma das áreas de intervenção, bem como sobre as diferentes abordagens já estudadas e relatadas para a população em questão. Para além disso, a estagiária teve ainda a oportunidade de criar um instrumento de avaliação através da tradução e adaptação de outro já existente e ainda um manual de intervenção, que poderá ser utilizado e melhorado posteriormente, caso haja essa necessidade por um outro núcleo da mesma área de intervenção.

Deste período de estágio retêm-se conclusões importantes relativamente ao papel de um Psicomotricista nesta instituição. O trabalho e cooperação com a restante equipa técnica, na forma da constante comunicação e atualização das situações que vão acontecendo no dia-a-dia, é uma ferramenta fundamental do processo de intervenção. Para além disso, ser Psicomotricista não é apenas exercer as funções inerentes a esta profissão; ser Psicomotricista numa instituição que apoia este universo de clientes, e toda a logística que esse apoio requer, implica que todos os membros da equipa técnica sejam e façam mais do que a sua profissão contempla. São características essenciais de um Psicomotricista a disponibilidade, a criatividade e a capacidade de adaptação às situações que vão acontecendo e que conduzem inevitavelmente à mudança e alteração de planeamentos e acontecimentos ao longo do dia.

Porém, torna-se importante que a Psicomotricidade tenha o seu espaço e o Psicomotricista a sua forma de atuação, correspondendo, para além do que está assegurado na caracterização da sua profissão, áquilo que a sua formação o habilita e

possibilita fazer. Caso contrário, corre o risco de a intervenção se dispersar e perder os limites daquilo que o Psicomotricista sabe, consegue e pode fazer.

A intervenção com este grupo e a população que aqui se vê representada permitiu ainda uma reflexão mais aprofundada sobre as características das pessoas com Perturbações da Saúde Mental, observando a constante desvantagem a que estão sujeitos associada à discriminação e estigma que a sociedade tantas vezes ainda demonstra face a estas pessoas. O contacto com todas as pessoas envolvidas neste processo de estágio, sem exceção, permitiu um conjunto de aprendizagens que não poderiam ter acontecido de outra forma, e que levaram sobretudo à confirmação de apetências profissionais e pessoais que se tornam a justificação das escolhas para o futuro da estagiária enquanto Psicomotricista.

Sobre a intervenção propriamente dita, relativamente ao Desenvolvimento Pessoal, refere-se uma grande falta de informação e de conhecimento em relação a esta domínio nas pessoas com Perturbações da Saúde Mental. Para além disso, é de considerar que o Desenvolvimento Pessoal resulta de um conjunto de capacidades e competências que devem ser trabalhadas antes de abordar temas tão complexos para esta população, como a autoconsciência e a autorregulação. Todas as dificuldades existentes a nível psicomotor e na relação com o próprio corpo vão impedir a capacidade de reflexão sobre si próprio e a sua relação com o meio envolvente.

Em relação às sessões de Psicomotricidade e Adaptação ao Meio Aquático, verificou-se no grupo uma grande disponibilidade e abertura para as atividades propostas, contribuindo para a melhoria, quer das capacidades psicomotoras e aquáticas, como da relação interpessoal entre os clientes e também os técnicos. Nestas sessões destacam-se a animação e energia dos técnicos, mostrando sempre disponibilidade para ouvir as sugestões dos clientes e adequar as atividades planeadas às atividades solicitadas. Mais importante do que cumprir objetivos e atingir as metas estabelecidas pelos técnicos, é o que os próprios clientes pensam sobre si e sobre o seu próprio corpo, sendo de maior importância orientar a intervenção no sentido de corresponder às capacidades/dificuldades de cada um. A manutenção das capacidades já adquiridas deve ser tomada como um objetivo, tão ou mais importante, do que a evolução ou melhoria dessas capacidades, uma vez que a inconstância de sintomas, de medicação e de situação de vida torna essa conservação funcional, por si só, uma meta a ser atingida.

Independentemente da área de intervenção, existem elementos fundamentais para que o processo de intervenção possa proporcionar benefícios a esta população. Neste

sentido, o Psicomotricista deverá ser um profissional capaz de estabelecer uma relação empática com os clientes baseada na confiança e espontaneidade e que permita aceder a estados de cooperação e segurança que admitam a possibilidade de progresso. Esta relação terapêutica pode ser e foi, sempre que possível, estabelecida, tanto no decorrer das atividades, como em contexto informal, durante os restantes acontecimentos do dia-a-dia (almoços, pausas, saídas, etc).

Em jeito de conclusão, considera-se que esta experiência de estágio cumpriu os requisitos a que inicialmente se propôs, permitindo à estagiária vivenciar um conjunto de experiências que revelaram ser fulcrais, quer a nível pessoal, quer profissional, colmatando no estabelecimento de novos objetivos para o futuro iminente. O percurso realizado ao longo do Mestrado em Reabilitação Psicomotora culmina, assim, com um sentimento de satisfação e superação pessoal e profissional e com a certeza de que a Psicomotricidade foi, e continua a ser, uma área dinâmica e proativa, que requer a constante busca de informação e conhecimento, com vista à melhor intervenção junto daqueles que dela precisem.

## 8 Bibliografia

- AIR e CASEL. (2013a). *Student self-report of social emotional competence*. Washington DC and Chicago.
- AIR e CASEL. (2013b). *Teacher rating of student social and emotional competencies*. Washington DC and Chicago.
- Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M., Flament, M., e Limosin, F. (2016). Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Current Psychiatry Reports*, 18(10). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0727-9>
- Albaret, J.-M., Corraze, J., Soppelsa, R., e Golly, V. (2012). Psychiatrie et psychomotricité. Retirado de <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/Albaret2012-2.pdf>
- Alves, A. A. M., e Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 28(2), 127–131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- ARIA. (n.d.-a). ARIA. Retirado de [http://www.aria.com.pt/aria/quem\\_somos\\_instituicao.asp](http://www.aria.com.pt/aria/quem_somos_instituicao.asp)
- ARIA. (n.d.-b). ARIA Jardins. Retirado de [http://www.aria.com.pt/aria/respostas\\_jardins.asp](http://www.aria.com.pt/aria/respostas_jardins.asp)
- ARIA. (n.d.-c). Formação Profissional.
- ARIA. (n.d.-d). Fórum de Apoio Social. Retirado de [http://www.aria.com.pt/aria/quem\\_somos\\_equipe.asp](http://www.aria.com.pt/aria/quem_somos_equipe.asp)
- ARIA. (n.d.-e). Fóruns Sócio-Ocupacionais. Retirado de [http://www.aria.com.pt/aria/respostas\\_forum.asp](http://www.aria.com.pt/aria/respostas_forum.asp)
- ARIA. (n.d.-f). Gabinete de Serviço Social. Retirado de [http://www.aria.com.pt/aria/respostas\\_gss.asp](http://www.aria.com.pt/aria/respostas_gss.asp)
- ARIA. (n.d.-g). PROmove-te+. Retirado de [http://www.aria.com.pt/aria/respostas\\_promovete.asp](http://www.aria.com.pt/aria/respostas_promovete.asp)
- ARIA. (n.d.-h). Qualidade. Retirado de [http://www.aria.com.pt/aria/quem\\_somos\\_qualidade.asp](http://www.aria.com.pt/aria/quem_somos_qualidade.asp)
- ARIA. (n.d.-i). Unidades da rede de cuidados continuados integrados na saúde mental. Retirado de [http://www.aria.com.pt/aria/respostas\\_urccism.asp](http://www.aria.com.pt/aria/respostas_urccism.asp)

- ARIA. (2016). Capítulo V - Instalações e Regras de Funcionamento. In *Regulamento Interno*.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (n.d.). Práticas Profissionais - Psicomotricidade. Retirado de <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a5355786c5a793944543030764f454e4651304d76523152465253394562324e31625756756447397a51574e3061585a705a47466b5a554e7662576c7a633246764c3251304d7a4a684e4>
- Atlantis, E., Sc, B., Chow, C., Sc, M., Ph, D., Kirby, A., ... P, F. R. A. C. (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures : a randomized controlled trial, 39, 424–434. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.02.007>
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico: A importância dos fatores familiares e ambientais durante a infância e adolescência*. Universidade do Porto.
- Baslet, G., Termini, L., e Herbener, E. (2009). Deficits in emotional awareness in schizophrenia and their relationship with other measures of functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 655–660. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3b20f>.Deficits
- Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Griepentstroh, J., Aschenbrenner, S., e Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 141(2–3), 474–479. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.019>
- Bennabi, D., Vandel, P., Papaxanthis, C., Pozzo, T., e Haffen, E. (2013). Psychomotor retardation in depression: A systematic review of diagnostic, pathophysiologic, and therapeutic implications. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2013/158746>
- Boden, M. T., e Thompson, R. J. (2015). Facets of emotional awareness and associations with emotion regulation and depression. *Emotion*, 15(3), 399–410. <https://doi.org/10.1037/emo0000057>
- Boyd, A., Van de Velde, S., Pivette, M., ten Have, M., Florescu, S., O'Neill, S., ... Kovess-Masféty, V. (2015). Gender differences in psychotropic use across Europe: Results from a large cross-sectional, population-based study. *European Psychiatry*, 30(6), 778–788. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.001>



- Caldas de Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., ... Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da.*
- Canavarro, M., Simões, M., Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In *Avaliação Psicológica Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77–100).
- Carver, C., e Scheier, M. (2016). Self-Regulation of action and Affect. In K. Vohs e R. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: research, theory, and applications* (pp. 3–23). Retirado de [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=eid=hs90CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&edq=self+regulation+in+mental+health&ots=d1wzUs4Hfoesig=mu6QMeP&fag66e8x9nYGd3P6MOI4&eredir\\_esc=y#v=onepage&q=self+regulation+in+mental+health&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=eid=hs90CwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&edq=self+regulation+in+mental+health&ots=d1wzUs4Hfoesig=mu6QMeP&fag66e8x9nYGd3P6MOI4&eredir_esc=y#v=onepage&q=self+regulation+in+mental+health&f=false)
- CASEL. (2013). *Effective Social and Emotional Learning Programs.*
- CASEL. (2015). *Guide: Effective Social and Emotional Learning Programs — Middle and High School Edition.*
- CASEL. (2017). Core SEL Competencies. Retirado de <https://casel.org/core-competencies/>
- CASEL. (2019). Adopt an Evidence-Based Program for SEL. Retirado de <https://schoolguide.casel.org/focus-area-3/school/adopt-an-evidence-based-program-for-sel/>
- Chan, R. C. K., Li, H., Cheung, E. F. C., e Gong, Q. yong. (2010). Impaired facial emotion perception in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 178(2), 381–390. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.035>
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). LIVRO VERDE: Melhorar a saúde mental da população, 3, 0–25. Retirado de [http://www.afarpa.com.pt/Documentos/Livro\\_Verde\\_Melhorar\\_Saude\\_Mental\\_da\\_Populacao\[1\].pdf](http://www.afarpa.com.pt/Documentos/Livro_Verde_Melhorar_Saude_Mental_da_Populacao[1].pdf)
- Cooney, G., Dwan, K., e Mead, G. (2014). Exercise for depression. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 311(23), 2432–2433. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.4930>
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., e Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use.



- Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968–980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>
- Damásio, A. (1994). *O Erro de Descartes*. Companhia das Letras.
- Dasilveira, A., Desouza, M. L., e Gomes, W. B. (2015). Self-consciousness concept and assessment in self-report measures. *Frontiers in Psychology*, 6(July). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00930>
- Decreto-Lei n.º 22/2011 de 10 de Fevereiro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º 29/2011, Série I, 716 (2011). Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/280170>
- Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º 205/2009, Série I, 7933 (2009). Retirado de <https://dre.pt/application/file/a/483310>
- Despacho conjunto nº 407/98 de 18 de Junho do Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, Pub. L. No. Diário da República nº138, Série II, 8328 (1998). Retirado de [http://www.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp\\_C\\_407\\_98](http://www.seg-social.pt/documents/10152/35243/Desp_C_407_98)
- Direção-Geral de Saúde. (2016). Saúde mental em números -2015. *Direção Geral Da Saúde*. Retirado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2017a). Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns, 1–104.
- Direção-Geral de Saúde. (2017b). Programa Nacional para a Saúde Mental. *Direção-Geral Da Saúde*, 19. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A., Bennett, M., Dickinson, D., Golberg, R., ... Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 71–93. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp116>
- Ezhumalai, S., Muralidhar, D., Dhanasekarapandian, R., e Nikketha, B. S. (2018). Group Interventions. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(4), 514–521. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_42\\_18](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_42_18)
- Fazenda, I. (2008). Reabilitação Psicossocial: tendências recentes. In Climepsi Editores (Ed.), *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania* (pp. 91–103).

- Folkman, S., e Moskowitz, J. T. (2000). Positive Affect and the Other Side of Coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.6.647>
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Forman, R., e Nagy, P. (2006). Chapter 4. Services in Intensive Outpatient Treatment Programs. In *Substance Abuse: Clinical Issues in Intensive Outpatient Treatment* (pp. 27–58).
- Furtado, C., Ribeirinho, M., e Gaspar, M. (2010). Análise da Evolução da Utilização de Psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009. *Observatório Do Medicamento e Produtos de Saúde. Direcção de Economia Do Medicamento e Produtos de Saúde. Infarmed, I.P.*, 1–42. Retirado de [http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Estudo\\_psicofarmacos.pdf/c68ea85b-666f-4ba4-94e7-6edd98061f9f](http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Estudo_psicofarmacos.pdf/c68ea85b-666f-4ba4-94e7-6edd98061f9f)
- Gomes, C. (2016). *Psicomotricidade na promoção de competências pessoais e sociais: intervenção com jovens adultos em acompanhamento no âmbito de medidas de execução na comunidade*. Faculdade de Motricidade Humana/Universidade de Lisboa.
- Gorczynski, P., e Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 665–666. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq049>
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., e Gunderson, J. G. (2006). An Experimental Investigation of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850–855. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850>
- Green, M. F., Horan, W. P., e Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(10), 620–631. <https://doi.org/10.1038/nrn4005>
- Grunze, H. (2015). *Bipolar Disorder. Neurobiology of Brain Disorders* (Vol. 40). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.02.003>
- Hamera, E., Peterson, K., Handley, S., Plumlee, A., e Frank-Ragan, E. (1991). Patient Self-Regulation and Functioning in Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(6), 630–631.
- Hay, A. C., Sheppes, G., Gross, J. J., e Gruber, J. (2015). Choosing how to feel: emotion regulation choice in bipolar disorder. *Emotion (Washington, D.C.)*, 15(2), 139–145. <https://doi.org/10.1037/emo0000024>

- Hur, J. W., Kwon, J. S., Lee, T. Y., e Park, S. (2014). The crisis of minimal self-awareness in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Research*, 152(1), 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.08.042>
- Ibanez-Casas, I., De Portugal, E., Gonzalez, N., McKenney, K. A., Haro, J. M., Usall, J., ... Cervilla, J. A. (2013). Deficits in Executive and Memory Processes in Delusional Disorder: A Case-Control Study. *PLoS ONE*, 8(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067341>
- Infarmed. (2012). Folheto Informativo: Informações para o Utilizador. Retirado de [http://app7.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=7016etipo\\_doc=fi](http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7016etipo_doc=fi)
- Joormann, J., e Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Kalin, M., Kaplan, S., Gould, F., Pinkham, A., Penn, D., e Harvey, P. D. (2015). Social Cognition, Social Competence, Negative Symptoms and Social Outcomes: Inter-relationships in People with Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 2(2), 147–185. <https://doi.org/10.1515/jci-2013-0007.Targeted>
- Kane, J. M. (2001). Extrapyramidal side effects are unacceptable. *European Neuropsychopharmacology*, 11(SUPPL. 4), 397–403. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(01\)00109-2](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(01)00109-2)
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., e Marder, S. R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 347–361. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn177>
- Kerr, S. L., e Neale, J. M. (1993). Emotion Perception in Schizophrenia: Specific Deficit or Further Evidence of Generalized Poor Performance? *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 312–318. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.102.2.312>
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., e Gross, J. (2013). Emotion Awareness and Regulation in Individuals with Schizophrenia: Implications for Social Functioning. *Psychiatry Research*, 200(212), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.029.Emotion>
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., e Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation*, 37(16), 1490–1495. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>

- Larabi, D. I., Meer, L. Van Der, Pijnenborg, G. H. M., Ćurčić-Blakea, B., e Aleman, A. (2018). Insight and emotion regulation in schizophrenia : A brain activation and functional connectivity study. *NeuroImage: Clinical*, 20, 762–771. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.09.009>
- Leal, C., Souza, M., e Souza, M. (2018). Autorreflexão e insight como dimensões da autoconsciência privada : uma revisão da literatura. *Psico (Porto Alegre)*, 49(3), 231–241.
- Lee, H. J., Jang, S. H., Lee, S. Y., e Hwang, K. S. (2015). Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *Arts in Psychotherapy*, 45, 64–68. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.07.003>
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., e Kreyenbuhl, J. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *American Psychiatric Association*, (February), 1–184. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1052>
- Mackin, P., e Thomas, S. H. L. (2011). Atypical antipsychotic drugs. *Bmj*, 342(7798), 650–653. <https://doi.org/10.1136/bmj.d1126>
- Martin, F., Baudouin, J. Y., Tiberghien, G., e Franck, N. (2005). Processing emotional expression and facial identity in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 134(1), 43–53. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.12.031>
- Matta, A., Yates, D. B., Silveira, P. G., Bizarro, L., e Trentini, C. M. (2010). Intervenções cognitivo-comportamentais no transtorno de humor bipolar. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3), 432–441.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 85–95.
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., e Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Millar, H. L., e Mohammed, T. A.-S. (2011). The World Federation for Mental Health (WFMH) – International Network for Person-Centered Medicine (INPCM) Project: Mental Health as a Priority: Adopting a Holistic Approach to Patient Care. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 1(1), 92–97.
- Morrens, M., e Hulstijn, W. (2007). Psychomotor Slowing in Schizophrenia, 33(4), 1038–

1053. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl051>
- Morsel, A. M., Temmerman, A., Sabbe, B., Hulstijn, W., e Morrens, M. (2015). Unraveling Psychomotor Slowing in Bipolar Disorder. *Neuropsychobiology*, 71(4), 234–240. <https://doi.org/10.1159/000431153>
- NICE. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. *National Institute for Health and Care Excellence*. Retirado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133>
- NIMH. (2016). Schizophrenia. Retirado de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
- Oflaz, S., Akyuz, F., Hamamci, A., Firat, Z., Keskinkiliç, C., Kilickesmez, O., e Cihangiroglu, M. (2014). Working memory dysfunction in delusional disorders: An fMRI investigation. *Journal of Psychiatric Research*, 56(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.04.022>
- Oliveira, H. De, Cuervo-lombard, C., Salamé, P., e Danion, J. (2009). Autonoetic awareness associated with the projection of the self into the future: An investigation in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 169(1), 86–87. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.07.003>
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., e Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P e T: A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management*, 39(9), 638–645.
- Popolo, R., Smith, E., Lysaker, P., Lestingi, K., Cavallo, F., Melchiorre, L., ... Dimaggio, G. (2017). Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry Research*, 257, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.022>
- Probst, M. (2017). Psychomotor Therapy for Patients with Severe Mental Health Disorders. *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*, 25–47. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68815>
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name?, 105–113.
- Richards, K. C., Campenni, C. E., e Muse-burke, J. L. (2010). Self-care and Well-being in Mental Health Professionals: The Mediating Effects of Self-awareness and

- Mindfulness Self-care and Well-being in Mental Health Professionals : The Mediating Effects of Self-awareness and Mindfulness. *Journal Of Mental Health Counseling*, 32(3), 247–264. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.3.0n31v88304423806>
- Rimer, J., Dwan, K., Da, L., Ca, G., Mcurdo, M., Morley, W., e Ge, M. (2012). Exercise for depression ( Review ), (7).
- Röhricht, F., Papadopoulos, N., Holden, S., Clarke, T., e Priebe, S. (2011). Therapeutic processes and clinical outcomes of body psychotherapy in chronic schizophrenia - An open clinical trial. *Arts in Psychotherapy*, 38(3), 196–203. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.06.001>
- Roudsari, M., Chun, J., e Manschreck, T. C. (2015). Current Treatments for Delusional Disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2(2), 151–167. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0044-7>
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., e Ribas-Sabaté, J. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *European Psychiatry*, 22(3), 461–477. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.07.003> 10.1016/j.schres.2013.05.028
- Schillevoort, I., De Boer, A., Herings, R. M. C., Roos, R. A. C., Jansen, P. A. F., e Leufkens, H. G. M. (2001). Antipsychotic-induced extrapyramidal syndromes: Risperidone compared with low- and high-potency conventional antipsychotic drugs. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 57(4), 327–331. <https://doi.org/10.1007/s002280100302>
- Schrijvers, D., Hulstijn, W., e Sabbe, B. G. C. (2008). Psychomotor symptoms in depression: A diagnostic, pathophysiological and therapeutic tool. *Journal of Affective Disorders*, 109(1–2), 1–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.019>
- Simões, C., Matos, M. G. de, Tomé, G., Ferreira, M., Dinis, J. A., e Equipa Projeto Aventura Social. (2009). *Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência*.
- Stefan, M., Travis, M., e Murray, R. (2002). *An Atlas of Schizophrenia* (Vol. 20024067). <https://doi.org/10.1201/NOE1850705475>
- Stereá, R. (2015). The Relationship Between Social Cognition and Functional Outcomes in Schizophrenia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 256–260. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.048>
- Tabak, N. T., Horan, W. P., Green, M. F., Angeles, L., e Behavior, H. (2016). Mindfulness



- in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 168(0), 537–542. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.030>. Mindfulness
- Therapy, C., Connor, K. O., Stip, E., Pelissier, M., Aardema, F., Guay, S., ... Leblanc, V. (2007). Treating Delusional Disorder: A Comparison of Attention Placebo Control, 52(3).
- Tirosh, R., Katz-leurer, M., e Getz, M. D. (2008). Halliwick-Based Aquatic Assessments: Reliability and Validity Halliwick-Based Aquatic Assessments :, 2(3). <https://doi.org/10.25035/ijare.02.03.04>
- Trémeau, F. (2006). A review of emotion deficits in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(1), 59–70.
- Tugade, M., Fredrickson, B., e Barrett, L. (2005). Psychological Resilience and Positive Emotional Granularity: Examining the Benefits of Positive Emotions on Coping and Health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161–1190.
- Van Rheenen, T. E., Meyer, D., e Rossell, S. L. (2014). Pathways between neurocognition, social cognition and emotion regulation in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(5), 397–405. <https://doi.org/10.1111/acps.12295>
- Walther, S., Stegmayer, K., Horn, H., Rampa, L., Razavi, N., Müller, T., e Strik, W. (2015). The longitudinal course of gross motor activity in schizophrenia - within and between episodes. In *Psychomotor Symptomatology in Psychiatric Illnesses* (pp. 79–86). Frontiers in Psychiatry. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00081>
- WFMH. (2014). World Mental Health Day 2014: Living with Schizophrenia, 1–10.
- WHO. (1998). Measuring Quality of Life: The World Health Organization Quality of Life Instruments. *Psychol Med*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.5.12>
- World Health Organization. (2002). *O Peso das Perturbações Mentais e Comportamentais. Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança.*
- World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. *WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication Data*, 1–44. <https://doi.org/ISBN 978 92 4 150602 1>
- World Health Organization. (2017). Mental Disorders. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/management/en/](http://www.who.int/mental_health/management/en/)

World Health Organization. (2018). Mental Disorders Key Facts. Retirado de  
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Xu, X. (2011). SELF-REFLECTION , INSIGHT , AND INDIVIDUAL DIFFERENCES. *The Psychological Record*, 61, 41–58.



---

## **Anexos**

---



## Anexo 1 – Programa de Atividades 2017-2018



Associação de Reabilitação e Integração Ajuda

### Fórum Sócio-Ocupacional de Apoio Social

#### Programa de Actividades 2017-2018

Horário	2ª Feira	3ª Feira		4ª Feira		5ª Feira		6ª Feira
09h – 10h	Convívio	Convívio		Convívio		Convívio		Convívio
10h - 11h	Debate de Grupo	★ Quiz		Psicomotricidade		Desenvolve-te	Inglês	Música
11h15 - 12h15	Reunião de Grupo	Jogos e Passatempos	A.M.A. Ad. Ao Meio Aquático			Desenvolve-te	Inglês	
12h30 - 14h00	ALMOÇO	ALMOÇO		ALMOÇO		ALMOÇO		ALMOÇO
14h00 - 15h00	Relaxamento	Descobrir Portugal		Remediação Cognitiva	Baú de Ideias	365 Dias		FlashARIA
15h00 - 16h00				Remediação Cognitiva	Baú de Ideias			
16h - 17h	Convívio	Convívio		⚙ Convívio		Convívio		Convívio

★ - Culinária (última 3ªfeira de cada mês)

⚙ - Celebração dos Aniversários (última 4ªfeira de cada mês)

## Anexo 2- Exemplo de Planeamento da Sessão de Adaptação ao Meio Aquático



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Área	Adaptação Meio Aquático	Nº de Clientes	5	Nº Sessão	10	Data	10/04/2018
Estagiária	Inês Gonçalves	Outros Técnicos	Nelson Amaral	Duração	45'	Hora	11h30-12h15
Objetivos Gerais	Desenvolver o equilíbrio e a praxia global dos clientes bem como o controlo da respiração e confiança no meio aquático e desenvolver a relação interpessoal entre os clientes e os técnicos.						

	Nome	Descrição	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Material	Duração	Observações
Aquecimento	Momento livre	Os clientes devem deslocar-se pela piscina realizando qualquer tipo de movimentos desde que não se mantenham parados ou apenas a andar. Devem manter a atividade enquanto a estagiária não mandar parar movendo todas as partes do corpo de diversas formas.	-Transição progressiva entre a inatividade relativa e o exercício -Colocação progressiva do corpo na água -Promover a coordenação e cooperação interpessoal	-Participar voluntariamente na atividade -Percorrer pelo menos 2 piscinas dentro do tempo proposto -Realizar pelo menos 1 movimento de braços e 1 movimento de pernas		10'	
	Pranchas de Surf	Os clientes devem fazer uma roda e cada um deverá tentar pôr-se em pé sobre a prancha e aguentar o mais tempo possível. Quem cair primeiro deverá imergir o corpo todo de baixo de água e esperar 3 segundos. Se esta tarefa for concluída com sucesso podem tentar levantar a prancha do chão mantendo o equilíbrio.	-Trabalhar o equilíbrio dinâmico e ajustamentos posturais -Promover o melhor controlo da respiração -Posicionamento diferencial do centro de massa	-Conseguir colocar a prancha debaixo das pernas -Equilibrar-se na posição vertical pelo menos 3 segundos -Imergir o corpo todo pelo menos 1 segundo	1 prancha p. pax	10'	
Desenvolvimento	Jogo do Lixo	Os clientes devem fazer duas equipas e manter-se em lados opostos da piscina separados pelo colchão grande delimitando assim dois campos. Cada equipa deve atirar os objetos (lixo) que estiverem no seu campo para o campo da equipa adversária durante 60s. Vence o jogo a equipa que acabar com menos objetos no seu campo no fim da atividade.	-Promover a coordenação e cooperação interpessoal -Desenvolver a confiança no meio aquático -Trabalhar as capacidades de mergulho -Promover o melhor controlo da respiração	-Participar ativamente na tarefa -Identificar onde estão os materiais no seu campo -Apanhar pelo menos 4 materiais -Atirar sempre os materiais para o campo da equipa adversária -Pedir ajuda ou ajudar os colegas quando necessário	Diversos materiais para espalhar na piscina	15'	
	Salto	Os clientes devem realizar saltos quer o cais da piscina quer do bloco de saltos em segurança e sem incomodar os restantes utilizadores da piscina. Devem aguardar pelas instruções de um dos técnicos e solicitar ajuda se acharem necessário.	-Aumento da confiança no meio aquático -Colocação segmentar progressiva para o mergulho -Melhorar a impulsão na entrada para a água	-Fazer a flexão dos joelhos para dar impulsão -Colocar os braços em posição de mergulho -Realizar pelo menos 2 saltos		10'	
Retorno à calma							

## Anexo 3 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Adaptação ao Meio Aquático



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Área	Adaptação Meio Aquático	Nº de Clientes	3	Nº Sessão	10	Data	10/04/2018
Estagiária	Inês Gonçalves	Outros Técnicos	Nelson Amaral	Duração	45'	Hora	11h30-12h15
Objetivos Gerais	Desenvolver o equilíbrio e a praxia global dos clientes bem como o controlo da respiração e confiança no meio aquático e desenvolver a relação interpessoal entre os clientes e os técnicos.						

	Nome	Avaliação	Relatório
Aquecimento	Momento livre	4/5	Este corresponde ao momento inicial da sessão em que o contacto com a água e as condições térmicas nem sempre são as mais agradáveis pelo que é solicitado aos clientes que se desloquem pela piscina como quiserem de forma a aumentarem a sua temperatura corporal e a se sentirem mais confortáveis dentro de água. No caso deste grupo verifica-se que é necessário um constante incentivo ao movimento uma vez que os clientes optam por percorrer a piscina apenas a andar com os braços abraçados ao corpo. É necessário da parte da estagiária feedback repetidas vezes que indiquem aos clientes como percorrer a piscina. O N.S. realiza (sob indicação) 2 piscinas a fazer golfinhos e 2 piscinas a nada o estilo crawl livremente não o fazendo sozinho se não lhe for solicitado. O H.A. de uma forma ainda mais acentuada realiza pouca atividade motora mesmo mediante a solicitação da estagiária percorrendo grande parte da piscina a andar e tentando por vezes imitar os colegas sem o conseguir fazer; o mergulho deste cliente é feito à superfície da água e sem impulso que permita qualquer deslize. O J.V. vai tentando imitar o colega N.S. a nadar, mas as suas dificuldades são superiores pelo que acaba por manter sempre o movimento, mas nem sempre o correto; é de referir que este cliente apresenta maior facilidade em colocar-se na posição vertical fazendo melhor e mais rapidamente do que quando iniciou esta atividade.
	Pranchas de surf	4/5	Nesta atividade foram utilizados dois tamanhos de prancha, o médio e o pequeno. Dos três clientes apenas o H.A. no início não se conseguiu colocar sozinho em cima da prancha enquanto os outros dois o conseguiram fazer. Relativamente ao movimento de saltar e levantar a prancha do chão também o J.V. e o N.S. fizeram corretamente sendo que a prancha lhes escapava dos pés algumas vezes e que teriam de voltar a colocá-la no sítio certo. O H.A. dá saltos demasiado pequenos que não permitem sequer que a prancha levante. Foi também introduzida a variante de utilizar duas pranchas em vez de uma para aumentar o ponto de desequilíbrio dos clientes. De uma forma geral esta atividade foi bem conseguida por todos não representando um grau muito elevado de dificuldade para o grupo.
Desenvolvimento	Jogo do Lixo	5/5	Este jogo foi um momento que o grupo demonstrou ter gostado bastante. As equipas dividiram-se em N.S. com J.V. e H.A. com o Psicomotricista Nelson. Foi possível verificar algumas dificuldades do H.A. em mergulhar e apanhar os objetos ainda que este estivesse na parte mais baixa da piscina; ainda assim demonstrou interesse na atividade e manteve o movimento durante todo o tempo solicitado expressando continuamente contentamento por o estar a fazer. O J.V. também se empenhou bastante na atividade tendo também dificuldades acrescidas no mergulho por estar na parte mais funda da piscina; mas cumpriu corretamente o objetivo de atirar os materiais para a equipa adversária fazendo-o efusivamente durante toda a atividade. O N.S. foi o único cliente que necessitou de feedback constante para manter a atividade tal como proposto sendo que este apanhava os objetos e ficava com eles na mão encostado à parede; quando solicitado que atirasse os objetos para o outro campo, o N.S. atirava-os para perto de si não tentando sequer dificultar a vida aos colegas adversários.
Retorno à calma	Salto	5/5	Todos os clientes realizaram pelo menos 2 saltos quer da parede quer do bloco. Um dos saltos foi de pés e os restantes foram tentativas de mergulho. O N.S. neste aspeto é o único cliente que realiza a técnica de mergulho corretamente de uma forma autónoma. Os outros dois colegas necessitam de apoio e entram sempre numa posição demasiado horizontal na água. De referir que o H.A. durante toda a sessão sai várias vezes da piscina e interrompe em momentos desadequados para pedir para ir saltar da prancha e quando chega a este momento apenas o faz uma vez e refere não querer fazer mais fazendo-o apenas com a solicitação dos técnicos.

## Anexo 4- Ficha de Avaliação Meio Aquático



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



### Ficha de Avaliação no Meio Aquático

Tipo de avaliação:

	Nome 1	Nome 2	Nome 3	Nome 4	Nome 5		
<b>1</b>	<b>Desinibição Inicial no Meio Aquático</b>						
Senta-se na borda da piscina com os pés dentro de água							
Entra para a água							
Chapinha na água e tolera salpicos							
Coloca queixo/orelhas/nariz/testa na água							
Explora os materiais que se encontram na água							
<b>2</b>	<b>Entradas e Saídas da Piscina</b>						
Entra na piscina partindo da posição horizontal (deitado)							
Entra na piscina partindo da posição de sentado							
Entra na piscina partindo da posição de joelhos							
Entra na piscina partindo da posição vertical (de pé)							
Sai pela borda da piscina							
Sai pelas escadas/rampa							
<b>3</b>	<b>Movimentos na água dirigidos pelo técnico</b>						
Mobilização passiva do tronco							
Série de movimentos passivos dos membros inferiores							
Série de movimentos passivos dos membros superiores							
Mobilização global de todo o corpo							
<b>4</b>	<b>Equilíbrio e Flutuação</b>						
Mantém-se na posição de decúbito dorsal/ventral sobre prancha/colchão							
Mantém o equilíbrio na posição de decúbito ventral							
Mantém o equilíbrio em posição de decúbito dorsal							
Mantém o equilíbrio vertical com apoio no solo							
Mantém o equilíbrio vertical sem que exista apoio no solo							
Passa de decúbito dorsal para decúbito ventral							
Passa de decúbito ventral para decúbito dorsal							
Passa de decúbito dorsal/ventral para a posição vertical							
<b>5</b>	<b>Função Respiratória</b>						
Tenta imitar a realização de bolhinhas na superfície da água (9m)							
Faz bolhinhas na superfície da água da piscina							
Fecha os lábios quando coloca a cara na água							
Coloca a cara na água							



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Imerge na água em apneia							
Faz bolhinhas com a cabeça submersa, expirando pelo nariz/boca							
Apanha objetos do fundo da piscina							
<b>6</b> Movimentos ativos dentro de água							
Movimenta os braços debaixo de água							
Dá braçadas / remadas debaixo de água							
Dá pontapés à superfície da água							
Movimenta as pernas debaixo de água							
Mov <sup>o</sup> relativamente coordenados de origem voluntária							
Realiza o batimento dos membros inferiores em estilo de bruços							
Realiza o batimento dos membros inferiores em estilo crawl							
Desliza em posição de decúbito dorsal/ventral com impulso							
Coordena membros inferiores com os superiores							
Desloca-se debaixo de água							

Realização	Tipo	Cotação
Sucesso	Independentemente (I)	4
	Demonstração (D)	3
	Ajuda Verbal (AV)	2
	Ajuda de Flutuadores/Física (AF)	1
Insucesso	Limitação Física (LF)	0
	Passividade (PA)	-1
	Oposição (O)	-2

**Observações:**

**Data da Avaliação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Anexo 5 – Avaliação Inicial Meio Aquático



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



### Ficha de Avaliação no Meio Aquático

Tipo de avaliação: *Avaliação Inicial*

<b>1</b>	<b>Desinibição Inicial no Meio Aquático</b>						
	Senta-se na borda da piscina com os pés dentro de água	4	4	4	4		
	Entra para a água	4	4	4	4		
	Chapinha na água e tolera salpicos	0	3	4	4		
	Coloca queixo/orelhas/nariz/testa na água	0	0	4	4		
	Explora os materiais que se encontram na água	2	2	2	2		
<b>2</b>	<b>Entradas e Saídas da Piscina</b>						
	Entra na piscina partindo da posição horizontal (deitado)	-1	2	3	4		
	Entra na piscina partindo da posição de sentado	3	2	3	4		
	Entra na piscina partindo da posição de joelhos	2	2	2	3		
	Entra na piscina partindo da posição vertical (de pé)	0	2	3	3		
	Sai pela borda da piscina	2	3	1	3		
	Sai pelas escadas/rampa	4	4	4	4		
<b>3</b>	<b>Movimentos na água dirigidos pelo técnico</b>						
	Mobilização passiva do tronco	2	3	2	4		
	Série de movimentos passivos dos membros inferiores	2	3	2	4		
	Série de movimentos passivos dos membros superiores	3	3	2	4		
	Mobilização global de todo o corpo	3	3	1	4		
<b>4</b>	<b>Equilíbrio e Flutuação</b>						
	Mantém-se na posição de decúbito dorsal/ventral sobre prancha/colchão	4	4	3	4		
	Mantém o equilíbrio na posição de decúbito ventral	2	3	1	2		
	Mantém o equilíbrio em posição de decúbito dorsal	3	3	1	2		
	Mantém o equilíbrio vertical com apoio no solo	4	4	2	4		
	Mantém o equilíbrio vertical sem que exista apoio no solo	1	2	-1	1		
	Passa de decúbito dorsal para decúbito ventral	3	3	-1	4		
	Passa de decúbito ventral para decúbito dorsal	3	3	-1	4		
	Passa de decúbito dorsal/ventral para a posição vertical	4	4	-1	4		
<b>5</b>	<b>Função Respiratória</b>						
	Tenta imitar a realização de bolhinhas na superfície da água (9m)	3	3	2	4		
	Faz bolhinhas na superfície da água da piscina	4	3	2	4		
	Fecha os lábios quando coloca a cara na água	4	-2	3	4		
	Coloca a cara na água	0	-2	4	4		





UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Imerge na água em apneia	0	-2	4	4			
Faz bolhinhas com a cabeça submersa, expirando pelo nariz/boca	0	-2	2	3			
Apanha objetos do fundo da piscina	0	-2	3	4			
<b>6</b> Movimentos ativos dentro de água							
Movimenta os braços debaixo de água	4	4	1	3			
Dá braçadas / remadas debaixo de água	3	4	2	3			
Dá pontapés à superfície da água	2	3	2	3			
Movimenta as pernas debaixo de água	2	4	1	2			
Mov <sup>o</sup> relativamente coordenados de origem voluntária	1	3	0	3			
Realiza o batimento dos membros inferiores em estilo de bruços	3	4	-1	2			
Realiza o batimento dos membros inferiores em estilo crawl	1	3	-1	4			
Desliza em posição de decúbito dorsal/ventral com impulso	1	3	3	4			
Coordena membros inferiores com os superiores	1	3	0	4			
Desloca-se debaixo de água	0	-2	1	4			

Realização	Tipo	Cotação
Sucesso	Independentemente (I)	4
	Demonstração (D)	3
	Ajuda Verbal (AV)	2
	Ajuda de Flutuadores/Física (AF)	1
Insucesso	Limitação Física (LF)	0
	Passividade (PA)	-1
	Oposição (O)	-2

Observações:

Data da Avaliação: 10/01/2018

## Anexo 6 – Exemplo de Planeamento da Sessão de Psicomotricidade



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Área	Psicomotricidade	Nº de Clientes	10	Nº Sessão	3	Data	24/01/2018
Estagiária	Inês Gonçalves	Outros Técnicos	Nelson Amaral	Duração	60'	Hora	10h30-11h30
Objetivos Gerais	Desenvolver a estruturação espaço-temporal, equilíbrio e praxia global bem como a relação interpessoal e a identificação de emoções.						

	Nome	Descrição	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Material	Duração	Observações
Desenvolvimento	Inside Out	Os clientes devem deslocar-se no espaço adaptando a forma como se movimentam fazendo-a corresponder à emoção que a estagiária solicita através das imagens das personagens do filme <i>Inside out</i> .	-Transição progressiva entre a inatividade relativa e o exercício -Rechamada de conceitos abordados ao longo da semana	-Realizar a atividade voluntariamente -Adequar o movimento a pelo menos 1 emoção -Identificar o nome de pelo menos 3 emoções	Imagens das personagens	10'	
	Caça a emoção	Os clientes devem dividir-se em duas equipas e posteriormente devem procurar pelo espaço do ginásio várias peças que vão estar escondidas. Estas têm a mesma cor que as personagens das emoções e cada equipa deverá encontrar 5 e apenas 5 peças. Depois de encontrar as 5 peças cada equipa deve separá-las por cor fazendo grupos na mesma sequência que os bonecos foram apresentados.	-Promover a exploração e organização espacial -Aumentar a cooperação interpessoal -Trabalhar as capacidades de associação e seriação -Desenvolver os processos de memorização	-Participar ativamente na procura das peças pequenas -Encontrar pelo menos 2 peças -Colocar as peças no espaço correspondente da sua equipa -Dividir corretamente as peças pelo grupo da cor a que pertence	Imagens das personagens Peças pequenas coloridas	10'	
	Circuito	Os clientes devem percorrer um circuito transportando uma das peças encontradas na atividade anterior. No circuito devem inicialmente percorrer uma distância de 2m de gatas, depois devem saltar a pés juntos dentro dos arcos colocados em linha reta e passar por baixo da barra horizontal. Posteriormente devem colocar a peça que trazem na figura correspondente.	-Desenvolver a coordenação global e equilíbrio dinâmico -Promover o controlo adequado dos movimentos -Trabalhar a integração e organização espacial	-Conseguir gatinhar a totalidade da distância solicitada -Saltar a pés juntos pelo menos 1x -Passar por baixo da barra horizontal sem lhe tocar -Colocar a peça pequena na personagem correspondente	4 colchões grandes 6 arcos 8 pinos amarelos 6 barras amarelas Imagens das personagens Peças pequenas coloridas	15'	
	Corrente de arcos	Os clientes devem passar um arco entre si até chegar ao último colega da fila e este deve atirar o arco de forma a acertar numa barra vertical sem a deixar cair. Quando conseguir a fila avança uma posição e o próximo colega tenta a mesma tarefa.	-Desenvolver a cooperação interpessoal -Promover a coordenação olho manual	-Conseguir passar o arco aos colegas sem se deslocar da sua posição -Acertar com o arco na barra vertical pelo menos até à 3ª tentativa	6 arcos 2 cones amarelos 2 barras amarelas	15'	
Retorno à calma	Descrver emoções	Os clientes lançam o dado com as personagens que representam as emoções e consoante a emoção que sair devem dizer uma posição estática que represente essa emoção. Devem em grupo descrever essa emoção e a disposição das diferentes partes do corpo.	-Promover a diminuição progressiva da atividade motora -Rechamada de conceitos abordados na sessão -Promover a comunicação interpessoal verbal	-Identificar a emoção que o dado mostra -Representar pelo menos uma emoção numa figura estática -Identificar pelo menos 2 características da representação de um colega	Dado com personagens	10'	

## Anexo 7 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Psicomotricidade



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Área	Psicomotricidade	Nº de Clientes	7	Nº Sessão	3	Data	24/01/2018
Estagiária	Inês Gonçalves	Outros Técnicos	Nelson Amaral	Duração	60'	Hora	10h30-11h30
Objetivos Gerais	Desenvolver a estruturação espaço-temporal, equilíbrio e praxia global bem como a relação interpessoal e a identificação de emoções						

	Nome	Avaliação	Relatório
Aquecimento	Inside Out	5/5	Esta atividade mostrou-se ser bastante apelativa para os clientes fazendo a chamada de conceitos abordados ao longo da sessão noutro tipo de atividades e trabalhando-os noutro contexto. Aqui verificou-se relativa facilidade por parte da M.G. em todas as emoções propostas. Os restantes clientes mostraram certas dificuldades nomeadamente o N.S. que apresenta uma atitude passiva e que mediante a solicitação do técnico realiza uma imitação pobre do movimento que este faz; a I.F., a C.S. e a A.P. apresentam dificuldades no controlo e coordenação dos movimentos, o J.P.M. e o P.G. apresentam limitações físicas e ainda maiores dificuldades de coordenação e controlo motor sendo notável, no entanto, um esforço realizado por ambos para tentar fazer a atividade corretamente. Relativamente à adequação do movimento à emoção houve apenas algumas dúvidas na expressão de repulsa.
	Caça à emoção	5/5	Os clientes fizeram rapidamente equipas e a instrução dada foi corretamente percebida por todos. Ambas as equipas prontamente começaram a procurar as peças indicadas. Notaram-se grandes dificuldades por parte da A.P. em procurar as peças por serem objetos pequenos e por esta cliente ter grandes problemas de visão. O N.S. mantém uma postura passiva apenas realizando a atividade quando acompanhado por um dos técnicos. O P.G. também apresenta algumas dificuldades em encontrar as peças uma vez que igualmente apresenta alguns problemas de visão. Ainda assim, de uma forma geral esta foi uma atividade que todos referiram ter apreciado e ter realizado com grande disponibilidade e satisfação.
Desenvolvimento	Circuito	4/5	A cliente I.F. não realizou a tarefa de percorrer o colchão de gatas referindo ter problemas ao nível da articulação do joelho que a impedia de conseguir realizar corretamente a tarefa; são propostas algumas alterações, mas a cliente recusa-se a fazer esta tarefa. Realiza esta parte do percurso a andar. Também nesta tarefa, do gatinhar, verificaram-se algumas dificuldades por parte do J.P.M. notando-se alguma descoordenação motora e rigidez nos movimentos realizados; o N.S. consegue realizar corretamente o movimento não conseguindo, no entanto, levantar a cabeça e manter o olhar horizontal. No salto a pés juntos verificou-se que a A.P. não consegue realizar esta tarefa saltando sempre apenas com um dos pés. A I.F. também se recusa a realizar esta tarefa fazendo esta parte do percurso também a andar. As restantes tarefas mostraram ser relativamente fáceis para todos sendo que a última tarefa (separar as peças por cores/emoção) foi bastante motivante.
	Corrente de arcos	4/5	A instrução desta tarefa foi relativamente fácil de ser compreendida, ainda assim foi necessário recorrer a demonstração física para a compreensão de todos os clientes. Na tarefa de atirar e receber corretamente as emoções a A.P. e o J.P.M. foram os clientes que apresentaram mais dificuldades sendo que parecem ter dificuldades em perceber a distância a que os colegas se encontram e em adequar a força e direção do lançamento. A A.P. interrompe a atividade para ir à casa-de-banho referindo que não consegue esperar até ao fim da sessão. Também na tarefa de atirar o arco acertando no pino grande o J.P.M. e a A.P. são os que apresentam mais dificuldades não conseguindo de uma forma geral acertar no pino após as três oportunidades que cada um tem. Os restantes colegas conseguem acertar no pino à primeira ou segunda tentativa.
Retorno à calma	Descrver emoções	5/5	Nesta atividade os clientes conseguiram perceber que seria a última desta sessão e que tinha como objetivo fazer esta transição progressiva para o nível e atividade mais baixo. Fizeram grupos de 2 e em conjunto cada um representou a emoção que lhe tinha sido atribuída sendo que todos conseguiram perceber e adivinhar as emoções uns dos outros. O N.S. e o P.G. são os clientes menos expressivos tendo sido necessário recorrer a correções e feedback para que estes adequem a sua prestação nesta atividade. A M.G. é uma cliente bastante expressiva e com relativa facilidade em realizar as tarefas, mas muitas vezes refere estar cansada e senta-se a meio e entre as atividades. A C.S. também tem alguma facilidade na realização destas atividades mas apresenta uma forma de estar tímida e assustada em relação à realização das mesmas e interação com os colegas.

## Anexo 8 – Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



### Ficha Geral de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor

Observações:			Nome 1	Nome 2	Nome 3	Nome 4	Nome 5	Nome 6											
Tipo de avaliação:			Data: ____ / ____ / ____																
Fatores	Subfatores																		
Tonicidade	Extensibilidade																		
	Passividade																		
Equilibração	Imobilidade																		
		Equilíbrio Estático	Apoio Retilíneo																
			Ponta dos pés																
	Apoio num pé																		
	Equilíbrio Dinâmico	Marcha																	
		Marcha controlada																	
		Evolução na trave																	
		Pé-coxinho																	
Salto de pés juntos																			
Lateralização	Ocular																		
	Auditiva																		
	Manual																		
	Podal																		
	Esquerda/ Direita	Nível de Manipulação																	
		Nível de Locomoção																	
Noção do Corpo	Sentido cinestésico																		
	Reconhecimento (direita/esquerda)																		
	Autoimagem (face)																		
	Imitação de gestos																		
Estruturação Espaço-temporal	Organização Espacial																		
	Estruturação Dinâmica																		
	Representação Topográfica																		
	Frente / Trás	Nível do próprio																	
		Nível da Manipulação																	
Nível da Locomoção																			
Praxia Global	Coordenação oculo manual	Lançamento																	
		Drible																	
		Rolar a bola por baixo																	
		Agarrar/Apanhar																	
	Coordenação oculo podal	Remate																	
		Contornar pinos																	
	Dismetria																		
	Dissociação	Membros superiores																	
		Membros inferiores																	
		Agilidade																	
Corrida																			
Galopar																			

Fontes: V. (2010). Manual de Observação Psicomotora. Significação Psicomotora dos seus fatores. 3ª Edição. Lisboa: Ánora Editora  
Brunnins, R. & Brunnins, B. (2005). The Brunner-Oseretsky Test of Motor Proficiency. 2ª Ed. Manual. Circle Pines, MN: ACS Publishing.  
Wilder, J. & Brunnins, R. (1988). Body skills: a motor development curriculum for children. American Guidance Service





## Anexo 10 – Exemplo de Planeamento da Sessão de Desenvolvimento Pessoal



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Área	Desenvolvimento Pessoal	Nº de Clientes	10 + 10	Nº Sessão	3	Data	18/01/2018
Estagiária	Inês Gonçalves	Outros Técnicos	Nelson Amaral	Duração	45'	Hora	10h-10h45 / 11h-11h45
Objetivos Gerais	Aumentar a capacidade de reflexão, abordar conceitos relativos a emoções e sentimentos e desenvolver a capacidade de comunicação e expressão verbal.					Tema	Identificar Emoções

Nome	Descrição	Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Material	Duração	Observações
Sociograma	Os clientes devem ouvir as várias situações que a estagiária vai nomear e mediante aquilo que sentem perante esta situação devem ficar de pé se se sentem bem ou ficar de sentados se não se sentirem bem mantendo o silêncio durante toda a atividade	-Aumento da disponibilidade para a participação na atividade -Promover momentos autorreflexivos -Aumentar a concentração na atividade -Focar a atenção na sessão	-Participar na atividade voluntariamente -Manter o silêncio durante toda a atividade -Adequar a atribuição da forma de estar à situação solicitada -Conseguir explicar, se necessário, a posição tomada	_____	5'	
Diálogo Inicial	Serão introduzidos aos clientes o conceito de emoção e o seu significado bem como as diferenças entre emoção e sentimento.	-Introdução ao tema abordado -Desenvolver o conhecimento na área das emoções	-Não interromper a atividade inadvertidamente -Expor adequadamente dúvidas se as houver	_____	10'	
Emoções Primárias	Os clientes devem identificar as seis emoções primárias personificadas pelos personagens do filme "Inside Out". Devem depois participar em discussão aberta na caracterização de cada uma dessas emoções.	-Promover a participação ativa e a sugestão de ideias -Desenvolver a capacidade de raciocínio -Aumentar a capacidade de rechamada de conceitos e significados	-Identificar pelo menos 3 emoções -Conseguir explicar o significado de pelo menos 3 emoções -Perceber de que forma cada emoção influencia o comportamento	Apresentação Visual	15'	
Cubos das Emoções	Os clientes devem lançar cada um dos cubos (apresentados em anexo) e fazer adequadamente a ação correspondente ao cubo 1 relativamente à emoção do cubo 2.	-Aumentar a disponibilidade de comunicação e expressão verbal -Desenvolver a atribuição adequada de emoções às várias situações	-Respeitar a vez de cada um dos colegas -Lançar os dados e perceber o intuito da atividade -Realizar a tarefa de acordo com o que está nas duas faces dos dados	Cubos das Emoções	10	
Diálogo Final	Fazer uma síntese dos temas abordados ao longo da atividade, apontar as conclusões a que se pretendia chegar e esclarecer os objetivos e benefícios de realizar atividades como a que foi desenvolvida durante a sessão.	-Promover a relação interpessoal e a comunicação verbal -Desenvolver os processos de rechamada e memorização -Promover o exercício de reflexão sobre a importância dos temas abordados	-Conseguir nomear as emoções abordadas -Perceber a importância de reconhecer as emoções -Dar a sua opinião sobre a sessão realizada	_____	5'	

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Figura 1 - Cubo nº1 da quarta atividade

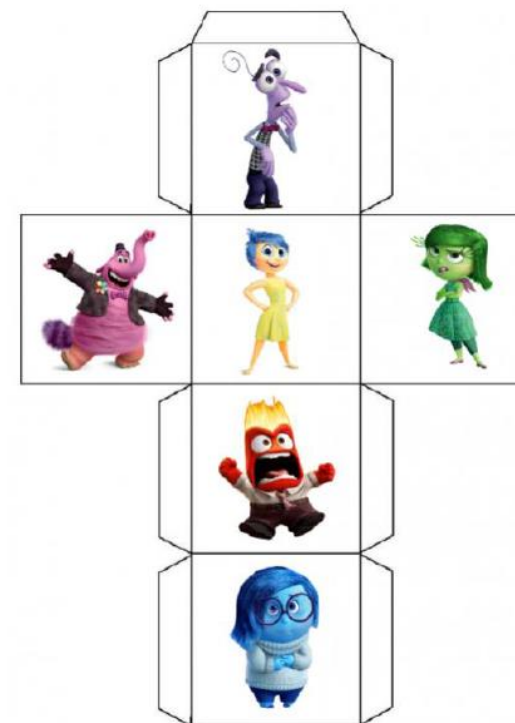


Figura 2 - Cubo nº2 da quarta atividade

## Anexo 11 – Exemplo de um Relatório de Sessão de Desenvolvimento Pessoal



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA  
ASSOCIAÇÃO DE REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO AJUDA



Área	Desenvolvimento Pessoal	Nº de Clientes	7 + 11	Nº Sessão	3	Data	18/01/2018
Estagiária	Inês Gonçalves	Outros Técnicos	Andreia	Duração	45'	Hora	10h-10h45 / 11h-11h45
Objetivos Gerais	Aumentar a capacidade de reflexão, abordar conceitos relativos a emoções e sentimentos e desenvolver a capacidade de comunicação e expressão verbal.					Tema	Identificar emoções

Nome	Grupo	Avaliação	Relatório da Atividade
Sociogram	G1	5/5	Neste grupo a instrução foi facilmente percebida e o grupo rapidamente aderiu à tarefa. Todos participaram voluntariamente na atividade e souberam explicar os motivos das suas decisões. De uma forma geral esta atividade cumpriu os objetivos propostos aumentando a concentração dos clientes para a realização do resto da sessão.
	G2	5/5	Igualmente no segundo grupo a instrução foi fácil e rapidamente percebida por todos e também todos os elementos participaram voluntariamente demonstrando agrado pela realização da mesma. É só de notar que o cliente J.P.M. se mostrou por vezes confuso confundindo os significados das duas posições referidas e corrigindo várias vezes a sua escolha após a chamada de atenção da estagiária. Todos os restantes colegas cumpriram a tarefa corretamente.
Diálogo Inicial	G1	3/5	A introdução do conceito de emoção e a explicação da diferença entre emoção e sentimento foi um momento de dificuldade para o grupo verificando que existem vários conceitos que o grupo não conhece e os quais não consegue interiorizar. A cliente A.P. referiu por vezes conceitos ou ideias que pouco tinham a ver com este tema mostrando-se participativa, mas nem sempre pertinente. O cliente A.C. apresenta um discurso muito repetitivo dizendo as mesmas afirmações da estagiária uma e outra vez procurando a confirmação desta ideia repetida. O cliente A.V. consegue ter alguma perceção destes conceitos, mas adota uma posição passiva em relação à atividade tal como o cliente N.S. em quem esta atitude é ainda mais agravada.
	G2	4/5	Neste grupo a explicação de conceitos e a introdução deste tema foi relativamente mais fácil sendo a discussão com os clientes mais interativa e mais rica. Os clientes que mais participaram foram a M.G., a C.S. e o J.D., os clientes L.C. e J.P.M. também participam com ideias pertinentes mediante a solicitação da estagiária. O P.B. é o único cliente que adota uma postura mais passiva não participando na discussão e o R.N. por norma participa com intervenções na forma metafórica e que nem sempre são perceptíveis para o resto do grupo ou para os técnicos.
Identificar emoções	G1	3/5	O grupo refere que não conhece o filme ou as personagens que a estagiária apresenta tomando-se esta uma tarefa de dificuldade acrescida. Ainda assim as emoções Alegria, Tristeza e Raiva foram emoções identificadas espontaneamente apresentando o grupo maior dificuldade em perceber as emoções Medo, Surpresa e Repulsa. Esta última emoção, a Repulsa, foi particularmente difícil de ser entendida mesmo mediante a explicação da estagiária.
	G2	4/5	Aqui, a maioria dos clientes conhecia o filme e os personagens que a estagiária apresentou sendo a identificação das mesmas mais fáceis comparativamente com o outro grupo. Aqui foi possível uma melhor discussão sobre o significado e importância de cada uma das emoções. O cliente R.N. foi o único que apresentou mais dificuldades na identificação de emoções.
Cubo das emoções	G1	4/5	Todos os clientes realizaram esta tarefa uma vez. Realizaram-na corretamente e sem necessidade de apoio os clientes A.P., P.G. e A.V. enquanto os clientes A.C. e N.S. necessitaram do incentivo do técnico para realizar a tarefa.
	G2	4/5	Neste grupo também todos os clientes realizaram a tarefa pelo menos uma vez sendo que os clientes P.B. e R.N. foram os que apresentaram mais dificuldades demorando mais tempo a pensar numa situação que se adequasse à emoção pretendida.
Diálogo Final	G1	3/5	Neste grupo verificou-se grandes dificuldades em recordar os conceitos abordados inicialmente e em fazer novamente a distinção entre os conceitos de emoção e sentimento sendo que os clientes mais participativos nesta discussão foram a A.P., a H.D. e o A.C. ainda que nem sempre as intervenções tenham sido pertinentes. Os clientes N.S. e P.G. Mantém uma posição mais passiva e a I.F. participa pontualmente na discussão com intervenções muitas vezes pertinentes.
	G2	4/5	Este grupo refere ter gostado das atividades realizadas e percebe a importância de realizar tarefas como estas. Ainda assim mostram alguma dificuldade em recordados conceitos abordados no início da sessão e a distinção entre emoção e sentimento. Ainda assim e mediante a orientação da discussão por parte da estagiária tornou-se mais fácil a rechamada destes conceitos e a interiorização da mensagem pretendida.



## Anexo 12 – Escala de Avaliação do Desenvolvimento Pessoal

*Air & Case1 - Student self-report and teacher rating of student social and emotional competencies.*

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning & the American Institutes for Research (2013)

Tradução e Adaptação Inês Gonçalves (2017)

Nome do Cliente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Técnico: \_\_\_\_\_

		Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre	Não tenho a certeza
Autoconsciência	Sente-se confortável a partilhar sentimentos de uma maneira culturalmente apropriada.					
	Compreende as suas áreas fortes ou fracas.					
	Consegue explicar porque é que disse ou fez algo.					
	Exprime sentimentos adequados à situação.					
Autorregulação	Consegue controlar o seu comportamento quando está chateado(a), frustrado(a), desapontado(a) ou excitado(a)					
	Aceita quando as coisas não acontecem como ele(a) quer.					
	Responde construtivamente ao corrigido(a) pelos técnicos.					
	Mantém-se na tarefa mesmo com distrações.					
Observações						

A Intervenção Psicomotora na Promoção do Desenvolvimento Pessoal em Adultos com  
Perturbações da Saúde Mental em Contexto Sócio Ocupacional

---

*Air & Case1 - Student self-report and teacher rating of student social and emotional competencies.*

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning & the American Institutes for Research (2013)

**Tradução e Adaptação Inês Gonçalves (2017)**

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

		Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
Autoconsciência	Eu compreendo os meus humores e sentimentos.				
	Eu compreendo porque faço o que faço.				
	Quando estou chateado(a) percebo como me sinto antes de agir.				
	Estou consciente de como as minhas emoções afetam a forma como trato as outras pessoas.				
	Eu consigo identificar e nomear as emoções que sinto.				
	Eu presto atenção quando faço as coisas.				
Autorregulação	Eu esforço-me muito para fazer bem as atividades				
	Eu paro e penso antes de fazer qualquer coisa quando fico zangado(a).				
	Eu estabeleci padrões elevados para mim mesmo.				
	Eu trabalho arduamente.				
	Mantenho-me focado nas tarefas que preciso de fazer, mesmo que não goste delas.				
	Eu sou confiável.				
	Eu tenho um forte autocontrolo.				

## Anexo 13 – WHOQOL-Bref

# WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

## DADOS PESSOAIS

A1	Idade	<input type="text"/>	anos	A2	Data de Nascimento	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
----	-------	----------------------	------	----	--------------------	--

A3	Sexo	<input type="text"/>	Masculino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	Feminino			Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>

A5	Profissão	<input type="text"/>
----	-----------	----------------------

A6.1	Freguesia	<input type="text"/>
A6.2	Concelho	<input type="text"/>
A6.3	Distrito	<input type="text"/>

10-40 anos	<input type="text"/>
50-60 anos	<input type="text"/>
70-90 anos	<input type="text"/>
10º-12º anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A7	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
		Casado(a)	<input type="text"/>
		União de facto	<input type="text"/>
		Separado(a)	<input type="text"/>
		Divorciado(a)	<input type="text"/>
		Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

### C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

### D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

## A Intervenção Psicomotora na Promoção do Desenvolvimento Pessoal em Adultos com Perturbações da Saúde Mental em Contexto Sócio Ocupacional

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## Anexo 14- SCL-90-R

### Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)

Nome:

Data:

A seguir vai encontrar uma lista de problemas e queixas médicas que algumas pessoas costumam ter. Por favor leia cada uma das questões cuidadosamente e **assinale as que, nos últimos 2 meses, o/a têm preocupado ou dado cuidados**. Não há respostas “erradas” ou “certas” ou para dar uma “boa impressão”; são apenas problemas ou queixas que cada um sentiu ou sente e como tal devem ser consideradas.

	Item	0	1	2	3	4
1	Dores de Cabeça					
2	Nervosismo ou stress interior					
3	Pensamentos ou palavras indesejáveis que não o largam					
4	Tonturas ou desmaios					
5	Perda de interesse ou do prazer sexual					
6	Sentir-se criticado pelos outros					
7	Ideia de que alguém consegue controlar os seus pensamentos					
8	Sentir que são os outros os culpados pela maior parte dos seus problemas					
9	Dificuldade em se lembrar das coisas					
10	Preocupações acerca de estar desmazelado ou negligente					
11	Sentir-se facilmente aborrecido ou irritado					
12	Dores no coração ou no peito					
13	Sentir medos de espaços abertos ou nas ruas					
14	Sentir pouca energia ou sentir-se vagaroso					
15	Pensamentos de acabar com vida					
16	Ouvir vozes que os outros não ouvem					
17	Tremores					
18	Sentir que não se pode confiar na maior parte das pessoas					
19	Pouco apetite					
20	Chorar facilmente					
21	Sentir-se envergonhado ou inquieto com o sexo oposto					
22	Sensação de ter sido apanhado numa ratoeira					
23	Assustar-se subitamente sem razão					
24	Ter explosões emocionais que não consegue controlar sozinho					
25	Medo de sair de casa sozinho					
26	Culpar-se das coisas					
27	Dores de barriga					
28	Sentir-se bloqueado para fazer as coisas					
29	Sentir-se solitário					
30	Sentir-se melancólico					
31	Aborrecer-se demasiado com as coisas					
32	Não sentir interesse em nada					

	Item	0	1	2	3	4
33	Sentir-se cheio de medo					
34	Ficar facilmente ferido nos seus sentimentos					
35	As outras pessoas tornarem-se sabedoras dos seus problemas íntimos					
36	Sentir que os outros não o compreendem ou são antipáticos					
37	Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si					
38	Ter de fazer as coisas lentamente para que saiam bem					
39	Sentir palpitações ou batimentos rápidos do coração					
40	Náuseas ou indisposição no estômago					
41	Sentir-se inferior aos outros					
42	Dores no estômago					
43	Sentir-se observado ou que os outros falam de si					
44	Dificuldades em adormecer					
45	Ter de verificar e voltar a verificar o que fez					
46	Dificuldade em tomar decisões					
47	Medo em andar de auto-carro, metro ou comboio					
48	Dificuldade em respirar					
49	Crises de calor ou frio					
50	Ter de evitar certas coisa, lugares ou actividades porque elas o assustam					
51	Fazer-se um vazio no seu espírito					
52	Sentir um formigueiro ou partes do seu corpo entorpecidas					
53	Sentir um nó na garganta					
54	Sentir-se sem esperança para o futuro					
55	Dificuldades em se concentrar					
56	Sentir fraqueza em partes do seu corpo (cabeça e braços)					
57	Sentir-se tenso ou ansioso					
58	Sentir os braços e as pernas pesadas					
59	Pensamentos de morte ou de morrer					
60	Comer demais					
61	Sentir-se inquieto quando as pessoas o observam ou falam de si					
62	Ter pensamentos que não são os seus					
63	Ter vontade de bater, injuriar ou prejudicar alguém					
64	Acordar cedo					
65	Ter que repetir as mesmas acções como o tocar ou lavar					
66	Sono não repousante ou perturbado					
67	Ter vontade de partir ou esmagar as coisas					
68	Ter ideias ou crenças que os outros não partilham					
69	Ser muito escrupuloso com os outros					
70	Sentir-se inquieto no meio da multidão, tal como nas compras ou no cinema					
71	Sentir tudo como um esforço					
72	Momentos de terror ou pânico					



	Item	0	1	2	3	4
73	Sentir-se desconfortável quando bebe ou come em público					
74	Entrar facilmente em discussões					
75	Sentir-se nervoso quando os outros o deixam sozinho					
76	Os outros não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
77	Sentir-se sozinho, mesmo quando está com outras pessoas					
78	Sentir-se tão inquieto e que não pode estar parado					
79	Sentir-se sem valor ou indigno					
80	Sensação de que alguma coisa má lhe vai acontecer					
81	Gritar ou atirar coisas					
82	Ter medo de poder desmaiar em público					
83	Ter a impressão de que as pessoas se aproveitariam de si se as deixasse					
84	Ter pensamentos acerca de sexo que o aborrecem bastante					
85	Ideias de que deve ser castigado pelos seus pecados					
86	Pensamentos ou imagens assustadoras					
87	Ideia de que está algo mal com o seu corpo					
88	Nunca se sentir próximo das outras pessoas					
89	Sentimentos de culpa					
90	Ideia de que alguma coisa está mal na sua cabeça					

**Observações:**

## Anexo 15 - Student self-report of social emotional competence

### 1. Welcome!



Chicago Public Schools (CPS) has been selected as one of only eight districts nationwide to receive funding to begin focusing on students' social and emotional learning (SEL) as an essential part of education.

This national Collaborating Districts Initiative is being evaluated by the American Institutes for Research, a private, nonprofit research organization. You are being invited to take this survey as part of this evaluation. This evaluation focuses on the initiative, and **not** you or your school.

All of your responses will be private. Your responses will be combined with others' to learn more about what students know and are able to do, and what schools might do to support CPS students.

Participation is voluntary and you may stop at any time without penalty. It generally takes between 5 and 15 minutes to complete this survey.

If you have questions about the evaluation or the survey, you may contact Kimberly Kendziora at [kkendziora@air.org](mailto:kkendziora@air.org) or (202) 403-5391. If you have any questions about your rights as a research participant, you may contact AIR's Institutional Review Board at [IRB@air.org](mailto:IRB@air.org), or toll free at 1-800-634-0797.

Completion of this survey will be considered an agreement to participate.



## 2. Social and Emotional Questions

Please indicate *how often* each of the following statements is true for you.

	Rarely	Occasionally	Frequently	Almost always
1. I understand my moods and feelings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I try hard to do well in school.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I listen carefully to what other students say to me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I'm very good at working with other students.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. When I have problems at school, I am good at finding ways to solve them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. There is purpose to my life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. I stop and think before doing anything when I get angry.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. I get along well with students who are different from me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. I know how to disagree without starting a fight or an argument.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. If I can't figure something out, I try different solutions until one works.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 3. Social and Emotional Questions (part 2 of 3)

Please indicate *how often* each of the following statements is true for you.

	Rarely	Occasionally	Frequently	Almost always
11. I understand why I do what I do.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. I set high standards for myself.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. It is important for me to help others in my school.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. I ask my teachers for help when I need it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. When I make a decision, I think about what might happen afterwards.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. When I'm upset, I notice how I am feeling before I take action.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. I work hard.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. I can tell when someone is getting angry or upset before they say anything.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. If I get angry with a friend, I can talk about it and make things better.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. I take responsibility for my mistakes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 4. Social and Emotional Questions (part 3 of 3)

Please indicate *how often* each of the following statements is true for you.

	Rarely	Occasionally	Frequently	Almost always
21. I am aware of how my moods affect the way I treat other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. I keep focused on tasks I need to do even if I do not like them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. I care about other people's feelings and points of view.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. I try to understand how other people feel and think.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. I get into arguments when I disagree with people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. I can say "no" when someone wants me to do things that are wrong or dangerous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. When difficult situations happen I can pause without immediately reacting.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. I can be counted on.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. I try to work out disagreements with other students by talking to them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. I have strong self-control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 5. Demographics

To help us classify your responses, please tell us a little bit about yourself.

**What is your gender?**

☐ Male

☐ Female

**Please select your school from the alphabetical drop-down menu.**

**What is your current grade level?**

☐ 7th grade

☐ 10th grade

**Please select one or more of the categories below that describes your race.**

☐ Alaska Native

☐ Black or African American

☐ American Indian

☐ Native Hawaiian or Pacific Islander

☐ Asian

☐ White

Other (please specify)

**Are you Hispanic or Latino?**

☐ No

☐ Yes

Note: A Hispanic or Latino person is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

## 6. Thank You!

**Thank you** for completing this survey.



## Anexo 16 - Teacher ratings of student social emotional competence

### Directions

All third grade teachers are being asked to complete this survey. We are asking you to think about seven students from your class and rate their social and emotional skills.

If your birthday is in **the first half of the year** (January 1st to June 30th), please rate the **first** seven students on your *alphabetical* class roster.

If your birthday is in **the second half of the year** (July 1st to December 31st), please rate the **last** seven students on your *alphabetical* class roster.

These students will be referred to as "Student A," "Student B," "Student C," etc.





## Ratings for Student A

The first student you are rating is referred to as Student A.

**Think about Student A's behavior over the past 3 weeks and indicate how often you see this student display each of the behaviors below.**

	Not able to rate/Not sure	Rarely	Occasionally	Frequently	Almost always
1. Is comfortable sharing feelings in a culturally appropriate way	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Controls his or her behavior when angry, frustrated, disappointed, or excited	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Responds with empathy to others who are upset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Works well with others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Shows the ability to decide between right and wrong	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Understands his or her own strengths or weaknesses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Accepts when things don't go his or her way	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Respects other people's viewpoints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Joins peer group activities smoothly	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Takes responsibility for his/her own actions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Is able to explain why he or she said or did something	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Responds constructively to being corrected by teachers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Respects the property of others	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Resolves disputes constructively	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Responds appropriately to negative peer pressure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Expresses feelings that are appropriate to the situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Stays on task even with distractions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Notices and compliments others' accomplishments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Gets along well with adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Follows classroom rules	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ratings for Student A

### What is this student's gender?

- ☐ Male
- ☐ Female

### What is this student's race (you may select more than one option)?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alaska Native   | <input type="checkbox"/> Black or African American           |
| <input type="checkbox"/> American Indian | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> Asian           | <input type="checkbox"/> White                               |

### Is this student Hispanic or Latino?

- ☐ No
- ☐ Yes

Note: A Hispanic or Latino person is of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.

### Now we'll move on to the next student on your list.

- ☐ I do not have additional students on my roster.

## Thank You

**Thank you** for making these ratings! You have helped us tremendously.



## Anexo 17 – Síntese dos Itens propostos por AIReCASEL

Teacher Rating Items on Student Social and Emotional Competence

Construct	Item
Self-awareness	Is comfortable sharing feelings in a culturally appropriate way.
	Understands his or her own strengths or weaknesses.
	Is able to explain why he or she said or did something.
	Expresses feelings that are appropriate to the situation.
Self-management	Can control his or her behavior when angry, frustrated, disappointed, or excited.
	Accepts when things don't go his or her way.
	Responds constructively to being corrected by teachers.
	Stays on task even with distractions.
Social awareness	Responds with empathy to others who are upset.
	Respects other people's viewpoints.
	Respects the property of others.
	Notifies and compliments others' accomplishments.
Relationship skills	Works well with others.
	Joins peer group activities smoothly.
	Resolves disputes constructively.
	Gets along well with adults.
Responsible decision making	Shows the ability to decide between right and wrong.
	Takes responsibility for his/her own actions.
	Responds appropriately to negative peer pressure.
	Follows classroom rules.

Note. Response options for each item were *Rarely*, *Occasionally*, *Frequently*, *Almost always* and *Not able to rate/Not sure*.

Items Included in the Student Self-Report of Social and Emotional Competence

Construct	Item
Self-awareness	I understand my moods and feelings.
	I understand why I do what I do.
	When I'm upset I notice how I am feeling before I take action
	I am aware of how my moods affect the way I treat other people
	I can identify and name the emotions I feel.
	I pay attention when I do things.
Self-management	I try hard to do well in school.
	I stop and think before doing anything when I get angry.
	I set high standards for myself.
	I work hard.
	I keep focused on tasks I need to do even if I do not like them.
	I can be counted on.
Social awareness	I have strong self-control.
	I listen carefully to what other students say to me.
	I get along well with students who are different from me.
	It is important for me to help others in my school.
	I can tell when someone is getting angry or upset before they say anything.
	I care about other people's feelings and points of view.
Relationship skills	I try to understand how other people feel and think.
	I know how to disagree without starting a fight or an argument.
	I ask my teachers for help when I need it.
	If I get angry with a friend, I can talk about it and make things better.
	I am able to work well with others
	It is easy for me to join a conversation that other students have already started.
Responsible decision making	I enjoy being around people whose background and experiences are different from mine.
	When I have problems at school, I am good at finding ways to solve them.
	If I can't figure something out, I try different solutions until one works.
	When I make a decision, I think about what might happen afterwards.
	I take responsibility for my mistakes.
	I can say "no" when someone wants me to do things that are wrong or dangerous.

Note. Response options for each item were *Rarely*, *Occasionally*, *Frequently*, *Almost always*.

## Anexo 18 – Manual de Atividades de Desenvolvimento Pessoal



# Manual de Atividades de Desenvolvimento Pessoal

Proposta de implementação de um programa de Desenvolvimento Pessoal

Associação de Reabilitação e Integração *Ajuda*  
Faculdade de Motricidade Humana  
Inês Gonçalves  
2018

# Manual de Atividades de Desenvolvimento Pessoal

Proposta de implementação de um programa de Desenvolvimento Pessoal

## Enquadramento

A saúde mental é uma parte integrante da saúde geral de um indivíduo não pode ser menosprezada tendo em vista o bem-estar pessoal e coletivo da nossa sociedade (Direção-Geral de Saúde, 2017; World Health Organization, 2018). A saúde mental é o que nos permite ser produtivos e intervir ativamente na comunidade em que estamos inseridos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005; World Health Organization, 2002, 2013).

Segundo a Direção-Geral de Saúde (2017) e Caldas de Almeida et al. (2013) Portugal é dos países Europeus com uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais.

O Decreto-Lei nº304/2009 refere que as atividades de reabilitação psicossocial são indispensáveis na prestação de cuidados de saúde mental e que esta deve acontecer em unidades sócio ocupacionais, em unidades residenciais ou serviços domiciliários e em estruturas que visem a integração profissional (Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro do Ministério da Saúde, 2009).

Este manual foi desenvolvido com o intuito promover aprendizagens sobre as atitudes e competências necessárias para compreender e gerir determinadas emoções, para estabelecer e alcançar objetivos positivos, sentir empatia pelos outros, estabelecer e manter relações positivas e para tomar decisões responsáveis. Estas são as competências identificadas pelo programa de aprendizagem social e emocional da CASEL (2013, 2015).

Assim, dos 5 principais domínios descrito pela CASEL: 1) Autoconsciência, 2) Autorregulação, 3) Consciência Social, 4) Competências Relacionais e 5) Tomada de Decisão Responsável (CASEL, 2017); este manual de atividades rege-se pelos dois primeiros - Autoconsciência e Autorregulação.

Na população com esquizofrenia, a autoconsciência é uma das competências que com alterações significativas apresentando uma instabilidade que pode implicar consequências a médio e longo prazo (Hur, Kwon, Lee, & Park, 2014). Esta dificuldade intrapessoal pode levar

a que pessoas com perturbação da esquizofrenia experienciem distorções cognitivas e perceptuais ou ainda da distinção entre si próprio e os outros (Hur et al., 2014; Popolo et al., 2017).

Por sua vez, a população com perturbação bipolar apresenta também baixos níveis de autoconsciência nomeadamente perante a capacidade de formar ideias complexas sobre si próprio e ter uma visão descentrada do mundo à sua volta (Popolo et al., 2017).

Relativamente à autorregulação, diversos estudos têm provado uma forte relação entre as dificuldades nesta competência e a presença de psicopatologia (Gratz, Rosenthal, Tull, & Gunderson, 2006; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005) enquanto que os níveis mais elevados de autorregulação são correlacionados por sua vez ao bem-estar pessoal (Folkman & Moskowitz, 2000).

Na população com esquizofrenia a autorregulação e a funcionalidade são dois conceitos que parecem estar diretamente relacionados (Hamera, Peterson, Handley, Plumlee, & Frank-Ragan, 1991) pelo que esta se torna uma competência essencial para que os indivíduos com esquizofrenia mantenham o equilíbrio psicológico necessário para lidar com as suas dificuldades (Larabi, Meer, Pijnenborg, Ćurčić-Blakea, & Aleman, 2018).

Segundo Joormann e Stanton (2016), a Perturbação Depressiva é caracterizada pela presença de emoções negativas e pela dificuldade na experiência de emoções positivas, o que pode traduzir uma falha ao nível da autorregulação que acompanha os diferentes eventos vividos ao longo da vida.

Neste sentido, Popolo et al. (2017) defendem que ao abordar a autoconsciência e autorregulação em pacientes com esquizofrenia, os terapeutas devem concentrar os seus objetivos na compreensão das emoções, enquanto que para a população com Perturbações do Humor deverão ter como objetivos identificação correta das diferenças entre a necessidade do indivíduo e a realidade em que este se insere.

## Enquadramento do Programa

Na área da saúde mental, o processo de reabilitação tem implícito a vertente individual e a vertente social, ou seja, por um lado corresponde à recuperação e manutenção de competências pessoais e relacionais, enquanto que por outro lado incide sobre a criação de suportes sociais de cada cliente (Fazenda, 2008).



A atividade de Desenvolvimento pessoal surge como resposta à vertente das competências pessoais propondo-se a abordar duas componentes base identificadas pela *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL)* como fundamentais no quadro conceptual da Aprendizagem Social e Emocional.

Este modelo de aprendizagem permite promover as competências intrapessoais dos clientes bem como as funções cognitivas associadas (CASEL, 2013, 2015). Neste seguimento, as sessões de Desenvolvimento Pessoal aqui propostas foram organizadas segundo os objetivos estabelecidos pela CASEL (2017) para cada um destes domínios:

- Autoconsciência: identificar emoções, ter uma autoperceção realista, reconhecer os pontos fortes e fracos, trabalhar a autoestima e a autoeficácia (CASEL, 2017);
- Autorregulação: controlar os impulsos, gestão do stress, autodisciplina, automotivação, estabelecimento de objetivos e capacidade de organização (CASEL, 2017).

Para que o presente manual possa ser benéfico para o grupo de intervenção considera-se importante que a sequencialização temática seja cumprida no sentido de manter a ligação e coordenação entre os temas abordados e o nível de conhecimento dos clientes sobre o Desenvolvimento Pessoal. Também, as atividades propostas devem ser sempre realizadas como uma forma de aprendizagem ativa onde os clientes estão constantemente envolvidos no processo de aquisição de novas competências e atitudes.

Assim, é importante que exista um tempo específico em que todos os elementos saibam que têm a oportunidade para desenvolver estas capacidades pessoais e que esse momento é de continuidade e irá continuar a existir ao longo de todo o programa.

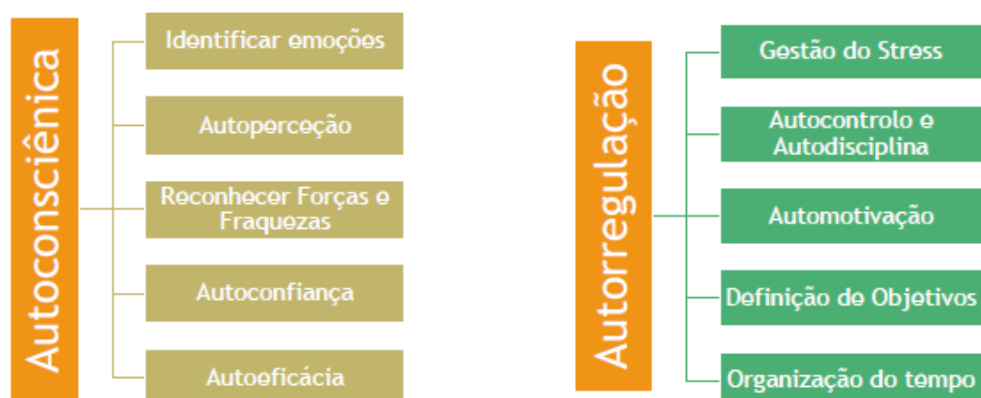
Relativamente às atividades sugere-se que se utilizem instruções explícitas e que haja sempre um tempo dedicado ao esclarecimento de dúvidas relativamente a conceitos abordados ou às tarefas propostas.

Estas são as estratégias fundamentais indicadas pela CASEL (2017) para que sejam criadas as condições necessárias que permitem fomentar oportunidades consistentes para que todos os clientes cultivem, pratiquem e reflitam sobre as competências pessoais de forma responsiva.



## Formato do Programa

O programa consiste em 18 sessões que deverão ter uma duração mínima de 45 minutos e uma frequência pelo menos de uma vez por semana. Os temas de cada sessão foram estabelecidos consoante os objetivos definidos anteriormente para cada um dos domínios Autoconsciência e Autorregulação. Para além disso duas sessões iniciais estão reservadas para os momentos de avaliação inicial onde são aplicados a Escala de Desenvolvimento Pessoal e a *Wheel of Life* e ainda duas sessões finais estão reservadas para o mesmo efeito de avaliação final.



É importante que a duração e as estratégias utilizadas sejam sempre adequadas ao grupo de intervenção que o técnico utilizador do presente Manual apoia. Os indicadores aqui apresentados e as dicas sugeridas estão adequadas ao grupo piloto ao qual este projeto foi aplicado pelo que as dificuldades e a conduta da sessão deverão ser analisadas por cada técnico em função dos clientes a que pretende aplicar esta intervenção.

## Guia de Interpretação do Manual

Este manual encontra-se organizado em 18 sessões sendo que cada uma faz referência ao material necessário para a realizar, a duração mínima recomendada, os objetivos específicos de cada sessão, a descrição das atividades propostas e sugestões de abordagens ao grupo de intervenção. Para além disso, existe ainda uma coluna do lado direito de cada página onde são apontadas algumas notas e dicas que permitem ao técnico antecipar dúvidas que possam surgir durante a sessão.

## População Alvo / Grupos de Intervenção

As atividades aqui propostas foram elaboradas com o intuito de atender à população com Perturbações da Saúde Mental, mais especificamente clientes com Perturbações do Espectro da Esquizofrenia ou Perturbações do Humor.

Os grupos de intervenção devem ser organizados tendo em conta as características de cada cliente de forma a que cada grupo seja o mais homogéneo possível em relação às suas capacidades cognitivas e emocionais, bem como, características pessoais como as idades e os interesses específicos de cada cliente.

Após a organização dos grupos de intervenção devem ser realizadas as primeiras duas sessões de avaliação inicial e, mediante os resultados obtidos, deverão ser feitas as alterações necessárias em consideração às capacidades de cada indivíduo.

É recomendado que cada grupo de intervenção não tenha mais do que 10 elementos no sentido de maximizar as potencialidades da intervenção. Grupos de intervenção reduzidos vão permitir que os clientes se sintam mais confortáveis na partilha da sua experiência face às atividades propostas bem como vão permitir que as sessões decorram dentro dos limites temporais estabelecidos.

### Organização das Sessões

Tal como referido anteriormente, as sessões estão organizadas segundo os objetivos estabelecidos para cada um dos domínios da Autoconsciência e Autorregulação sendo que cada sessão obedece a uma estrutura organizacional pré-definida: diálogo inicial, atividades de desenvolvimento e diálogo final.

Durante o diálogo inicial os clientes deverão participar na relembrança de conceitos já abordados e na definição dos conceitos que irão ser trabalhados nessa sessão sendo de máxima importância esclarecer qualquer dúvida que possa existir face a estas noções. As atividades de desenvolvimento são aquelas aqui apresentadas e que tiveram inspiração em diversos manuais já existentes como o “Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência” (Simões et al., 2009). O diálogo final é um momento igualmente importante da sessão em que cada cliente tem a oportunidade de fazer uma reflexão e se expressar relativamente à importância que as atividades desenvolvidas tiveram para si e para a sua vida identificando as alterações que consegue identificar em si e na sua forma de encarar estes temas.

### Estrutura do Programa

SESSÃO 1 - AVALIAÇÃO INICIAL .....	6
SESSÃO 2 E 3 - WHEEL OF LIFE .....	8
SESSÃO 4 E 5 - IDENTIFICAR EMOÇÕES .....	10
SESSÃO 6 E 7 - AUTOPERCEÇÃO .....	12
SESSÃO 8 - RECONHECER FORÇAS E FRAQUEZAS .....	15
SESSÃO 9 - AUTOCONFIANÇA .....	18
SESSÃO 10 - AUTOEFICÁCIA .....	20
SESSÃO 11 E 12 - GESTÃO DO STRESS .....	22
SESSÃO 13 E 14 - AUTOCONTROLO E AUTODISCIPLINA .....	24
SESSÃO 15 - AUTOMOTIVAÇÃO E DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	27
SESSÃO 16 - ORGANIZAÇÃO DO TEMPO .....	29
SESSÃO 17 - WHEEL OF LIFE .....	31
SESSÃO 18 - AVALIAÇÃO FINAL .....	31

## Sessão 1 - Avaliação Inicial

### Materiais:

- ❖ 1 exemplar do questionário - *Self and hetero rating of social and emotional competencies* - por cliente
- ❖ Canetas

Duração: 45 min

### Objetivos:

- ⊗ Avaliação das competências sociais e emocionais de cada cliente
- ⊗ Promover a consciencialização para os processos de desenvolvimento pessoal
- ⊗ Desenvolver o leque de vocabulário de competências cognitivas dos clientes

### Descrição:

Inicialmente deve existir um momento de diálogo com os clientes relativamente à sessão em que estão a participar e o que eles esperam que aconteça durante esta atividade ao longo do período de intervenção.

Posteriormente, os clientes devem preencher o questionário proposto pelo técnico de acordo com as indicações dadas. O técnico deverá explicar o objetivo desta avaliação como sendo uma forma de perceção do Desenvolvimento Pessoal de cada um, e que no final do período de intervenção desta atividade este questionário voltará a ser preenchido.

É importante que os clientes possam esclarecer qualquer dúvida que tenham relacionada com este teste nomeadamente o sentido das palavras utilizadas e o significado de algumas frases. Caso seja possível e necessário o técnico deverá ler todas as alíneas do questionário de forma a acompanhar o preenchimento do mesmo e esclarecer qualquer questão que possa surgir.

Para além disso o técnico deve referir várias vezes que “Não existem respostas certas ou erradas” e que a resposta de cada um deve ser pessoal e ponderada, reforçando a ideia de uma resposta que melhor traduza a realidade de cada cliente. Deve ser ainda reiterada a ideia de que este momento não é um teste de avaliação que ponha em causa a prestação de qualquer cliente e que as respostas de cada um não vão ser comparadas com as dos outros clientes sendo apenas utilizadas como forma de orientação da atividade e do programa de intervenção.

### Exemplos de abordagem:

*Bom dia a todos. Antes de começarmos com a nossa sessão gostava de perguntar quem sabe em que atividade estamos neste momento. (...) E o que é isso de Desenvolvimento Pessoal? O que é que acham que vamos fazer aqui?*

### Notas!

#### Sessão 1

Esta primeira sessão traduz os casos em que os clientes e o técnico responsável pela sessão já se conhecem dispensando atividades de apresentação e quebra-gelo.

É importante o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança entre os intervenientes antes de iniciar este programa de intervenção.

Dúvidas que podem surgir:

- O que são humores?
- “Eu presto atenção quando faço as coisas.” Quais coisas?
- O que são padrões elevados?
- O que é arduamente?
- O que é confiável?
- Não percebo a frase (...).

*Muito bem, em Desenvolvimento Pessoal vamos trabalhar as nossas emoções e a forma de lidar com algumas situações que nos acontecem. Mas antes de começarmos gostava que preenchessem uns questionários que vos trago para ficarmos a saber por onde começar.*

*Estes questionários são muitos rápidos e fáceis de preencher, têm 13 frases para responder e apenas têm de escolher a resposta que melhor traduz a vossa realidade. Por exemplo, na primeira frase “Eu compreendo os meus humores e sentimentos.” Vocês consideram que isso vos acontece Raramente, Ocasionalmente, Frequentemente ou Quase Sempre? E o mesmo para as outras frases.*

*Atenção, não existe uma resposta certa e uma resposta errada, é simplesmente para cada um dar a sua resposta. E também não devem olhar para as respostas do colega! Façam sozinhos, mas se precisarem de ajuda ou não perceberem alguma coisa perguntem.*

*Estes testes não vão ser avaliados nem vamos comparar as respostas de ninguém, são apenas para eu saber onde temos de começar as nossas atividades e o que temos de falar aqui durante as sessões.*

**Nota!**

Utilizar uma linguagem clara e concisa. É importante estar preparado para esclarecer qualquer palavra utilizada durante a sessão.

## Sessão 2 e 3 - Wheel of Life

### Materiais:

- ❖ 1 exemplar impresso do esquema *-Wheel of Life-* por cliente
- ❖ Canetas

Duração: 45 min

### Objetivos:

- Aumentar a capacidade de reflexão;
- Abordar conceitos relativos a domínios da vida;
- Desenvolver a capacidade de comunicação e expressão verbal.

### Descrição:

Primeiramente, é importante que exista um diálogo inicial com os clientes relativamente à sessão anterior e os conceitos abordados durante a mesma. Esta chamada vai facilitar a concentração dos clientes e vai permitir que o tema se mantenha enquadrado dando sentido à continuação das atividades.

Depois desse diálogo, é então introduzido o esquema *Wheel of Life* juntamente com uma descrição detalhada da tarefa que se pretende cumprir. Os 10 domínios da vida são escolhidos em grupo por todos os clientes numa discussão aberta sobre o tema, desta forma podemos garantir com maior certeza que os conceitos abordados fazem sentido para a população atendida e corresponde à realidade vivida pela mesma.

Poderá ser utilizado um esquema já preenchido como exemplo para que os clientes consigam ter uma melhor perceção do resultado que se pretende atingir.

Para que a avaliação seja correspondente à realidade experienciada é importante explicar, as vezes que for necessário, que cada domínio de vida deve ser avaliado numa escala de 0 a 10 consoante o nível de satisfação naquele momento relativamente a esse domínio.

Depois de todos os clientes já terem preenchido o esquema desta atividade deve existir um momento de partilha em que é permitido, aos clientes que assim quiserem, falar sobre as suas respostas e o significado de cada uma justificando de que forma é que cada domínio está presente na sua vida e como pode trabalhar no sentido da mudança, caso seja essa a sua vontade.

### Exemplos de Abordagem:

*Muito bom dia a todos, vamos dar inicio a mais uma sessão de Desenvolvimento Pessoal. E vamos começar a sessão de hoje relembrando o que falamos na última sessão. Alguém se lembra?*

*A atividade que vamos realizar hoje chama-se A roda da vida e vamos basicamente preencher esta folha que aqui vos mostro. Primeiro vamos decidir 10 domínios da nossa vida que consideramos*

### Sessão 2 e 3

A primeira sessão de 45 minutos deverá ser para selecionar os domínios e colocá-los na folha. A segunda sessão deverá corresponder ao preenchimento e partilha das respostas dadas pelos clientes.

Dúvidas que podem surgir:

*-O que é um domínio?*

*-Não sei se estou satisfeito, sempre foi assim.*



*importantes para nós, como por exemplo a família, a saúde, o dinheiro, etc. Pensem um pouco e a seguir vamos decidir todos quais vão ficar na nossa roda.*

*Agora vão todos pensar no primeiro domínio e vão avaliar de 0 a 10 o nível de satisfação sobre esse domínio. Atenção é para avaliar o quão satisfeitos vocês estão relativamente a esse domínio. O 0 significa que não estão satisfeitos e o 10 significa que não podiam estar mais satisfeitos.*

*Por exemplo, no domínio do dinheiro, não importa se recebem muito ou pouco, importa se estão satisfeitos com aquilo que recebem. Podem receber pouco e estar muito satisfeitos ou podem receber muito e não estar nada satisfeitos. Cada um escolhe consoante o que melhor se adequa a si próprio, sem ter em conta as respostas dos outros e sem haver respostas certas ou erradas.*

*Por último, quem quiser, não é obrigatório, pode partilhar com os colegas e comigo alguma das respostas que deram para podermos falar um pouquinho sobre isso. Mas só quem quiser. Qual foi a resposta mais alta que deram? E a mais baixa? Como acham que poderiam aumentar esse domínio para ficarem mais satisfeitos? Já alguma vez tinham pensado nestas questões? O que mudarias se pudesses fazer qualquer coisa?*

**Nota!**

Fazer referência à satisfação como motivação para evoluir.

Se eu estiver satisfeito com tudo na minha vida não haverá espaço para evoluir.

Não tem que ser necessariamente mau não estar satisfeito com alguma coisa.

## Sessão 4 e 5 - Identificar Emoções

### Materiais:

- ❖ Filme “Inside Out”
- ❖ Impressão das personagens individualmente em folhas A4
- ❖ Cubo construído com tarefas em cada uma das faces
- ❖ Cubo construído com as personagens em cada uma das faces

Duração: 45 min

### Objetivos:

- Aumentar a capacidade de reflexão;
- Abordar conceitos relativos a emoções e sentimentos;
- Desenvolver a capacidade de comunicação e expressão verbal.

### Descrição:

Inicialmente é explicado aos clientes que o tema que vai ser abordado durante esta e as próximas sessões é relativo às nossas Emoções. Deve ser explicado que a importância de abordarmos este tema está relacionada com a forma como conseguimos lidar com as situações que nos acontecem e que se soubermos identificar as emoções que sentimos em diversos momentos vamos conseguir gerir os nossos comportamentos mais facilmente.

Posteriormente, pede-se aos clientes que enumerem as emoções que conhecem e mediante as respostas obtidas torna-se importante esclarecer a diferença entre **Emoção** e **Sentimento**. Neste momento é proposto aos clientes a visualização do filme *Inside Out* como atividade relacionada com este tema apontando para o facto de as personagens deste filme representarem as emoções que vão ser trabalhadas posteriormente.

Após visualizar o filme são então mostradas as personagens impressas nas folhas A4 e é solicitado aos clientes que nomeiem cada uma das personagens de acordo com a emoção que elas representam, bem como, fazer uma descrição verbal da linguagem corporal de cada personagem e referir situações em que já tenham sentido aquela determinada emoção.

Seguidamente, apresentar os dois dados construídos segundo as imagens apresentadas a seguir e explicar a atividade aos clientes: cada um vai lançar os dados e cumprir a tarefa que ficar na face voltada para cima consoante a emoção que ficar também voltada para cima.

Por último, para terminar a sessão deverá ser feita uma síntese do que foi abordado durante aquela hora e, muito resumidamente, voltar a falar de todas as emoções que foram observadas no filme *Inside Out*.

### Sessão 4 e 5

A **emoção** é um conjunto de reações corporais, automáticas e inconscientes, face a determinados estímulos provenientes do meio onde estamos inseridos.

O **sentimento** surge quando tomamos consciência das nossas emoções, isto é, quando as emoções são transferidas para determinadas zonas do nosso cérebro, e se transformam em atividade neuronal.

António Damásio  
*In O Sentimento de Si*

### Nota!

Dar exemplos de situações em que cada uma das emoções pode estar presente nas nossas vidas.

Utilizar sempre exemplos que correspondam à realidade da população atendida.





#### Exemplos de Abordagem:

*Bom dia a todos, hoje vamos dar início ao nosso primeiro tema que no fundo vai ser o tema das Emoções. Quem é que me sabe dizer o que é isto de Emoções? (...)*

*As emoções são aquilo que nós sentimos quando nos acontece alguma coisa. E nós vamos falar sobre elas porque é muito importante saber falar sobre o que sentimos em diferentes situações. Primeiro, temos de saber que emoções é que existem, digam lá que emoções é que vocês conhecem? (...)*

*Mas as emoções e os sentimentos não são a mesma coisa! Alguém sabe qual é a diferença? Existem várias diferenças entre eles: as emoções duram menos tempo, são inconscientes e não as conseguimos esconder, o nosso corpo traduz o que sentimos; os sentimentos duram mais tempo, resultam do nosso pensamento, por isso, são conscientes e não provocam alterações no nosso corpo, ou seja, as outras pessoas não têm como saber os sentimentos que nós temos, a menos que lhes digam!*

*Depois de vermos o filme sobre as emoções vamos então lembrar quais são as personagens que vimos. Quem sabe qual é esta personagem? Conseguem descrever como ela está nesta imagem? Em que situações da vida acham que sentimos esta emoção?*

*Muito bem, agora vamos fazer uma atividade com estes dados em que cada um de vocês vai lançar os dois dados ao mesmo tempo e depois vão ter de fazer a tarefa que sair no primeiro dado relativamente à emoção que sair no segundo dado. Por exemplo, podem ter de "Mostrar como alguém fica quando sente..." e "Raiva"; ou "Diga algo que o faça sentir..." e "Alegria".*

*Para acabar a nossa sessão vamos só relembrar qual era a diferença entre emoção e sentimento? O que estivemos a falar hoje era qual destes dois? E quais foram as emoções que vimos no filme?*

Emoções:

- Alegria
- Tristeza
- Raiva
- Surpresa
- Repulsa
- Medo

## Sessão 6 e 7- Autopercepção

### Materiais:

- ❖ Papéis com características pessoais
- ❖ Desenho da figura humana

Duração: 45 min

### Objetivos:

- Desenvolver a capacidade de reflexão e autopercepção;
- Promover a relação interpessoal;
- Promover a comunicação e expressão verbal.

### Descrição:

No início da sessão deve ser explicado aos clientes que o tema das próximas sessões será a Autopercepção, deve ser esclarecido o significado deste conceito e a razão de o estarmos a abordar na atividade de Desenvolvimento Pessoal.

Na preparação da atividade o técnico responsável deve dispor as cadeiras em círculo na sala e colocar os papéis com características pessoais (tal como mostra a imagem) numa superfície que os clientes consigam alcançar.

Inicialmente todos os clientes se sentam nas cadeiras disponibilizadas para a atividade exceto um dos clientes que, não havendo já cadeiras, deverá manter-se de pé. O cliente que ficou de pé deve dirigir-se ao local onde estão os papéis com as características pessoais e deverá escolher, dentro de todas aquelas disponíveis, uma que considera que o caracteriza e, posteriormente, deverá justificar esta escolha aos colegas. Os colegas que também consideram aquela característica como sendo sua levantam-se e recebem também um papel com a mesma. O cliente que inicialmente estava de pé senta-se e um dos outros que se levantaram fica de pé e dá continuidade à atividade.

Seguidamente os clientes devem colar todos os papéis que receberam da atividade anterior no desenho da figura humana entregue pela estagiária, tal como representado na segunda imagem apresentada. Depois de todos os clientes já terem colado os seus papéis deverá ser feita uma partilha de grupo onde cada um justifica as suas opções e porque é que pensa que determinada característica traduz aquilo que ele é.

Por último, para finalizar a sessão, os clientes deverão participar numa conversa aberta sobre a importância que esta atividade teve para eles e esclarecer os objetivos e benefícios de realizar este tipo de atividade. Neste momento deverá também ser feita uma rechamada e síntese da conversa inicial referente à autopercepção.

### Sessão 6 e 7

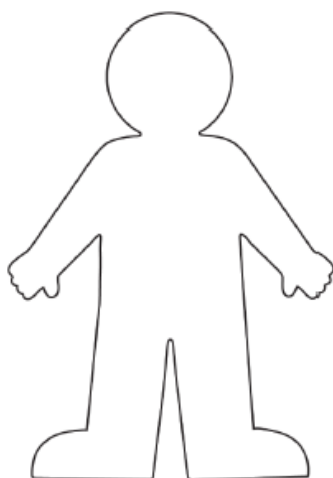
#### Autopercepção

➤ Forma como as pessoas compreendem as suas próprias atitudes e crenças com base em seu comportamento em determinadas situações.

➤ É um modelo de si mesmo a partir da perspectiva de um observador externo.

➤ Percepção que uma pessoa tem de si própria; juízo consciencioso de si mesmo.

Educado	Arrogante	Empático	Cooperante	Participativo
Contrário os outros	Adapto-me à mudança	Penso só em mim	Interrompo os outros	Inteligente
Agressivo	Calmo	Pessimista	Otimista	Desorganizado
Altruísta	Atencioso	Divertido	Humilde	Responsável
Impulsivo	Passivo	Ansioso	Honesto	Pertinente
Apresentação Descuidada	Inflexível	Inseguro	Interesseiro	Motivado



#### Exemplos de Abordagem:

*Olá a todos, estamos mais uma vez na sessão de Desenvolvimento Pessoal e hoje vamos dar início a um novo tema para as nossas atividades. A Autoperceção. Alguém me sabe dizer o que isto significa? (...)*

*A autoperceção é basicamente a maneira como nós olhamos para nós próprios, aquilo que cada um de nós pensa sobre o que é e o que não é. Por exemplo, eu pensar em mim e pensar se sou ou não uma pessoa simpática. O que é que vocês pensam de vocês? Acham que são ou não são uma pessoa simpática? A Autoperceção é então essa nossa capacidade de pensarmos como se estivéssemos a caracterizar outra pessoa qualquer. (...)*

*É importante trabalhar estas questões da autoperceção porque às vezes temos uma ideia errada daquilo que somos e se conseguirmos mudar isso talvez possamos compreender algumas atitudes que temos face determinadas situações. Se eu conseguir identificar em mim aquilo que menos gosto posso arranjar uma forma de o mudar e de me sentir melhor e de gostar da pessoa que sou.*

Dúvidas que podem surgir:

*O que é altruísta?*

*O que é interesseiro?*

*O que é pertinente?*

*O que é responsável?*

*Vamos então fazer a nossa atividade, a pessoa que está de pé vai começar por ir até aqueles papéis e tirar um que considere ser uma característica sua. Pode ser bom ou menos bom, cada um escolhe o que melhor corresponde a si próprio. (...)*

*Agora vamos colar os nossos papéis nos desenhos que temos como se esse desenho fôssemos nós próprios, vamos até dar o nosso nome ao desenho e colar os papéis onde quisermos.*

*Alguém quer partilhar com o grupo a escolha dos papéis e como ficou o vosso desenho depois de colarem todos os papéis? Toda a gente ainda se lembra do que era isto de Autoperceção? Qual foi o objetivo desta atividade?*

## Sessão 8 - Reconhecer Forças e Fraquezas

### Materiais:

- ❖ Materiais à disposição que os clientes possam utilizar

Duração: 45 min

### Objetivos:

- Desenvolver o reconhecimento adequado dos pontos fortes e fracos pessoais
- Promover a relação interpessoal entre os clientes
- Desenvolver a comunicação e expressão verbal

### Descrição:

Inicialmente, como acontece nas outras sessões, os clientes participar num momento de diálogo inicial em que são retomados alguns aspetos práticos das sessões como por exemplo o nome desta atividade, o objetivo e uma breve explicação sobre o tema que vai ser abordado seguidamente.

Após a introdução do tema relativo ao reconhecimento adequado de forças e fraquezas pessoais, deve ser explicada a primeira atividade. Nesta, cada cliente deverá levantar-se e observar o espaço à sua volta, dentro ou fora da sala (caso seja possível) e deverá escolher um objeto que pensem traduzir uma das suas maiores forças ou uma fraqueza justificando que aspetos deste objeto se assemelham às suas características pessoais.

É importante que todos os clientes tenham um espaço de tempo dedicado a poderem falar e partilhar o seu objeto e a sua justificação sendo permitido aos colegas que comentem se concordam com a opinião de quem está a expor o seu objeto e se também se identificam com o objeto em questão.

Posteriormente o técnico deverá explicar a atividade seguinte que consiste num conjunto de questões feitas a cada um deles alternadamente. Estas questões surgem em forma de alternativa entre uma resposta ou outra em que o cliente deverá escolher obrigatoriamente uma delas não havendo margem para valores intermédios ou respostas diferentes.

1. Eu tenho um bom humor. 2. Eu sou inteligente.	1. Eu sou trabalhador. 2. Eu sou criativo.
1. Eu sou persistente. 2. Os outros podem confiar em mim.	1. Eu sou curioso. 2. Eu sou carinhoso.
1. Eu sou um bom cidadão. 2. Eu sou humilde.	1. Eu consigo adaptar-me. 2. Eu consigo organizar-me.
1. Eu consigo regular o que sinto. 2. Eu consigo perdoar os outros.	1. Eu tenho uma mente aberta. 2. Eu consigo ser empático.
1. Eu gosto de estar com os outros. 2. Os outros gostam de estar comigo.	1. Consigo confiar nos outros. 2. Eu sou justo com os outros.

### Sessão 8

Se for possível poderá também ser permitido aos clientes que tragam um objeto pessoal de casa ou de outra atividade que estejam a desenvolver.

### Método da Escolha Forçada:

Consiste num conjunto composto de duas, quatro ou mais frases em que o cliente deve escolher, forçosamente, apenas uma ou duas alternativas, que mais se aplicam à sua realidade.

As questões de escolha forçada visam diminuir os efeitos da conveniência social e da resposta politicamente correta.



Por último, como também já é vulgar, devem todos participar num momento de diálogo final em que se faz uma síntese de tudo o que aconteceu durante aquela sessão e a importância que as atividades realizadas tiveram para cada um dos clientes.

Todos devem participar neste momento e dar a sua opinião sobre as atividades realizadas, bem como, deverão ainda explicar a importância de as realizar ou, caso julguem ser o caso, explicar o porquê de não serem importantes.

#### **Exemplos de Abordagem:**

*Bom dia a todos, antes de começarmos as atividades vamos, novamente, falar sobre as nossas sessões e o que é isto que estamos a fazer. Para começar alguém se lembra do nome da sessão em que estamos? (...) Então e alguém se lembra do que estivemos a fazer na última sessão? (...)*

*Pois bem, desta vez o tema que vamos abordar está relacionado com as nossas forças e as nossas fraquezas. Aquilo que conseguimos fazer muito bem e até gostamos de fazer e as nossas fraquezas, aquilo que temos mais dificuldades e nem gostamos muito. Aham que é importante falarmos sobre isto? Aham que é importante termos uma ideia correta de quem nós somos? (...)*

*Pois é, se nós pensarmos bem é muito importante! Quando nós temos uma ideia errada daquilo que somos e daquilo que conseguimos ou não fazer duas coisas acontecem. Primeiro tentamos fazer coisas sozinho que talvez fosse melhor pedir ajudar (e até pode dar-se o caso de nos magoarmos) ou então não fazemos coisas que até são fáceis para nós, mas que, como não nos conhecemos assim tão bem não sabemos que conseguimos fazer. Por isso é que é tão importante trabalharmos estes assuntos e sabermos exatamente o que somos e não somos.*

*Então para começar as nossas atividades vamos todos levantar-nos e andar pelo aqui no nosso espaço. Enquanto andam vão observar todos os objetos que estão à vossa volta e vão tentar identificar um que possa parecer uma força vossa ou uma fraqueza. Por exemplo eu considero que uma das minhas forças é saber ouvir os outros quando eles precisam, então vou escolher um objeto que possa parecer isso, conseguem ver algum? (...) Poderia escolher os fones de ouvir música ou a coluna ou o telemóvel. Agora têm de pensar em vocês próprios e tentar descobrir um objeto que faça o mesmo.*

*Agora que já todos têm o seu objeto, quem quer partilhar com os colegas uma justificação da vossa escolha? Porque é que escolheram esse objeto?*

*A próxima atividade é muito simples. Eu vou fazer a cada um de vocês uma pergunta e dar-vos duas opções para responderem. Vocês têm apenas de responder a estas perguntas e ser o mais sinceros possível.*

*Por último, como esta a terminar o tempo da nossa sessão, vamos fazer um pequeno resumo. Quem se lembra o que estivemos a fazer até agora? Então e vá qual é a importância que estas atividades tiveram para vocês? O se não tiveram importância nenhuma, porque é que acham que não foram importantes? Há alguma atividade que não tenham gostado de fazer?*



## Sessão 9 - Autoconfiança

### Materiais:

- ❖ Revistas
- ❖ Tesouras
- ❖ Cola

Duração: 45 min

### Objetivos:

- ❖ Desenvolver uma melhor autoconfiança
- ❖ Promover momentos de autorreflexão
- ❖ Trabalhar a relação interpessoal

### Descrição:

Inicialmente é feito um pequeno diálogo inicial em que os clientes devem participar identificando o nome da atividade em questão e referindo outros temas já abordados anteriormente. Após este diálogo é introduzido o tema da autoconfiança esclarecendo este conceito em conjunto com as ideias que os clientes têm do mesmo.

Posteriormente deverá ser explicada a atividade desta sessão. Os clientes devem folhear as revistas disponíveis a fim de encontrar imagens com as quais se identifiquem e que traduzam aspetos positivos da vida deles ou situações de que se orgulham. Depois devem colar esses recortes no desenho que representa a figura humana (utilizado também na sessão 6 e 7) fazendo uma representação simbólica de si próprio.

Esta atividade deverá preencher o tempo total da sessão para que os clientes possam ter tempo suficiente de encontrar e recortar todos os aspetos que considerarem mais importantes. Ao longo da sessão o técnico deverá dar apoio a nível individual falando com os clientes e questionando as razões de escolha dos recortes orientando o trabalho deles sempre no sentido positivo das suas vidas.

Por último, tal como habitualmente, os clientes devem participar no diálogo final onde são lembrados os temas e conceitos abordados ao longo da sessão bem como a importância de realizar estas atividades para o desenvolvimento pessoal de cada um.

### Exemplos de Abordagem:

*Bom dia a todos (...)*

*O tema de hoje é então a autoconfiança. O que é que vocês acham que é isto da autoconfiança? O que é que esta palavra significa? E o que é que a autoconfiança tem a ver com as Forças e Fraquezas que falamos na última sessão? (...)*

*Bem, a autoconfiança é a nossa convicção de que conseguimos realizar alguma tarefa da nossa vida. É, tal como a palavra indica, a confiança em nós próprios e naquilo que conseguimos fazer. Ora então se nós soubermos bem quais são as nossas forças e fraquezas, aí será mais fácil termos autoconfiança. Se pensarmos que temos muito mais forças do que na realidade temos, a nossa autoconfiança*

### Sessão 9

#### Autoconfiança

Convicção que uma pessoa tem de ser capaz de fazer ou realizar alguma coisa.

#### Nota!

É importante ir perguntando a justificação das escolhas das imagens de forma a que os clientes não recortem imagens sem sentido ou que não estejam relacionadas com o objetivo proposto.

*vai ser excessiva e desmedida e vamos achar que conseguimos fazer mais coisas do que sabemos; mas se nós pensarmos que temos muito mais fraquezas do que na verdade temos, a nossa autoconfiança é muito baixa e pode impedir-nos de fazer algumas coisas.*

*Vamos lá então ver como está a vossa autoconfiança. Têm aqui várias revistas e tesouras e o que vocês vão ter de fazer é pensar em coisas que vocês sabem fazer, coisas positivas da vossa vida, coisas que se orgulham de ter feito. Depois recortam essas imagens ou palavras e eventualmente vamos colar todas direitinhas nestas imagens que vocês até já conhecem de outra atividade. (...)*

*Está quase na hora de acabar a sessão vamos guardar os materiais e vamos então conversar um pouco como costumamos fazer. Qual é que era o tema da nossa sessão? O que é que nós estivemos a procurar nas revistas? Do vosso ponto de vista, esta atividade foi importante? Porquê? (...)*

## Sessão 10 - Autoeficácia

### Materiais:

- ❖ Folha da sessão anterior

Duração: 45 min

### Objetivos:

- ❖ Desenvolver uma melhor autoeficácia
- ❖ Promover momentos de autorreflexão
- ❖ Trabalhar a relação interpessoal

### Descrição:

Inicialmente, durante o diálogo inicial, os clientes devem conseguir identificar o nome da atividade que tem vindo a ser desenvolvida, bem como lembrar a tarefa que realizaram na sessão anterior e o propósito que a mesma pretendia cumprir.

Cada um deve identificar rapidamente a representação que fizeram de si próprios e o significado dos vários recortes de que as suas figuras são compostas.

Posto isto, é introduzido o tema desta sessão, em que torna de extrema importância fazer a ligação entre o conceito de autoconfiança e autoeficácia e como cada um pode interagir com o outro. Deve ser reiterada a importância de trabalhar estas questões uma vez que uma autoeficácia desajustada vai interferir nos objetivos que cada um estabelece para si e para a sua vida.

Posteriormente então é pedido a cada um dos clientes que digam pelo menos uma capacidade/competência que o colega que está a apresentar a sua figura tenha. Este colega terá depois duas opções, ou concorda com os restantes clientes e completa a sua figura escrevendo capacidades/competências que julga ter, ou não concorda com os restantes clientes e cabe a ele justificar o porquê de pensar ter ou não ter determinada característica referida pelos colegas.

Depois de todos os clientes terem apresentado e completado a figura que representa cada um deles poderá então fazer-se o diálogo final, uma vez que esta atividade deverá levar o tempo integral da sessão a ser realizada. Neste diálogo, onde todos devem participar ativamente, os clientes devem conseguir lembrar o tema que foi trabalho nesta e na sessão anterior identificando a importância da atividade que realizaram para o desenvolvimento do tema que foi proposto.

### Exemplos de Abordagem:

*(diálogo inicial...)*

*Destas figuras que aqui temos, quem se lembra de qual era a sua? Aquelas figuras que preenchemos na última sessão com recortes das revistas. E quem me diz agora, qual era o sentido desta atividade? O que estivemos nós a trabalhar enquanto fizemos esta atividade? Alguém se lembra do conceito que aprendemos na última vez? (...)*

### Sessão 10

Autoeficácia é um conceito fundamental da autoconfiança. Descreve a confiança que uma pessoa tem em completar uma tarefa específica.

### Nota!

Podem surgir nesta atividade questões relacionadas com críticas pessoais e defeitos entre os clientes. Caso isto aconteça é importante abordar estes assuntos de forma assertiva e incentivar a que as críticas sejam feitas de forma construtiva e que permitam a todos uma evolução no sentido positivo.

*Portanto hoje vamos falar sobre uma palavra que tem um significado muito parecido - a autoeficácia. E a autoeficácia é também ela a convicção que todos nós temos de conseguir realizar uma determinada tarefa muito específica.*

*É importante falarmos sobre estes temas porquê? (...) Porque quando a nossa autoconfiança não corresponde bem à realidade, pode acontecer nós pensarmos que conseguimos fazer muitas coisas que não conseguimos e estabelecemos objetivos para nós e para a nossa vida que não são adequados. Que nunca vamos conseguir atingir. E depois disso surge a frustração por não estarmos a conseguir e acabamos por ficar numa situação pouco agradável. Certo? (...)*

*Portanto, agora vamos então voltar a ver as nossas figuras, e um de cada vez vão apresentar-nos novamente os vossos recortes. No fim, cada um dos colegas vai dizer uma característica que eles acham que vocês têm ou alguma coisa que acham que conseguem fazer e vocês vão dizer se concordam ou não. Caso concordem vão escrever na vossa folha o que os colegas disseram e caso não concordem vamos falar um pouco sobre isso e justificar o que ambos disseram.*

*(...)*

*Agora que já todos acabaram vamos então recapitular. Esta atividade com esta figura nossa, o que é que ela pretendia trabalhar? O que estivemos a falar hoje e na última sessão?*

*Qual foi para vocês a importância desta atividade? E como é que acham que melhorou o vosso Desenvolvimento Pessoal?*



## Sessão 11 e 12 - Gestão do Stress

### Materiais:

- ❖ Quadro branco e marcador

Duração: 45 min

### Objetivos:

- Desenvolver o conhecimento e consciência relativamente a situações de stress
- Conhecer as consequências e estratégias que permitem gerir as reações fisiológicas e comportamentais adversas.

### Descrição:

No início da sessão é questionado aos clientes se se lembram do nome desta atividade e de uma forma geral o que tem sido trabalhado até agora.

Posteriormente é introduzido o novo tema - Gestão do Stress - em que primeiro deve ser questionado aos clientes o que eles entendem sobre o conceito de stress.

Ao longo desta conversa inicial vão se colocando cada vez perguntas mais específicas sobre este tema e é então o momento de começar a registar algumas das respostas dos clientes no quadro. Nesta atividade poderão ser eles próprios a escrever as respostas, caso o técnico responsável julgue ser exequível. No quadro branco devem ser apontados dois aspetos: situações que cada um dos clientes consideram ser um fator stressor para eles próprios e ainda reações fisiológicas do nosso corpo que possamos identificar quando estamos perante uma situação de stress.

Depois de todos os clientes partilharem o que foi solicitado devem em conjunto encontrar soluções e estratégias que possam adotar mediante uma situação destas e exemplificar pequenos momentos de diferentes estratégias (p. ex. relação, respiração, falar com um amigo, ouvir música, ...).

Numa atividade realizada posteriormente os clientes devem dividir-se em duplas e a cada dupla deve ser entregue uma folha que narre uma situação de stress imaginada. Perante esta situação cada dupla deverá escolher uma estratégia que melhor se adequa justificando posteriormente a sua resposta ao restante grupo de clientes.

Por fim, deverá haver ainda tempo para que todas as duplas possam exemplificar e demonstrar aos colegas como poderiam adotar as estratégias faladas demonstrando várias formas de relaxação, diferentes técnicas de respiração, pequenos momentos de conversa com amigos, breves momentos de dança, ...

Por último, no fim destas sessões deverá fazer-se um breve resumo do tema abordado e relembrar o que significa o conceito de stress, como podemos identificar no nosso corpo as situações que nos causam stress e as estratégias que podemos adotar para contrariar estas reações.

### Sessão 11 e 12

É interessante abordar o conceito de stress positivo e stress negativo.

Eustress e Distress

**Exemplos de Abordagem:**

*Ora então quem se lembra do nome da nossa atividade? O que é temos andado aqui a fazer?! (...)*

*Portanto durante estas sessões o nosso tema vai ser o stress! E quem é que me sabe dizer o que isso é? E o stress é sempre mau? Pode ser bom?*

*Pois é, existe um stress bom - o Eustress - e um stress mau - o distress. Por exemplo, quando nós temos um trabalho para acabar ou um teatro para apresentar, nós sentimos stress, mas esse stress vai-nos levar a trabalhar mais ou a estudar melhor o teatro e por isso é considerado Eustress, porque nos leva a fazer algo melhor. Pelo contrário, outras situações de stress como perder o autocarro ou não ter dinheiro para o café, apenas nos provocam sentimentos de raiva e frustração, e por isso é considerado Distress.*

*Agora vamos falar um pouco sobre vocês! Que situações é que cada um de vocês considera stressantes? (...) Entretanto vamos apontando no quadro as respostas de cada um. E como é que vocês se sentem quando estão perante essas situações? Como está o vosso corpo? Como é que identificam situações de stress? (...)*

*Ok, agora que já temos a nossa lista de fatores de stress e de reações do corpo a esses fatores, vamos então encontrar uma solução para isto tudo! O que é que vocês acham que devemos fazer para acalmar estas reações do nosso corpo? (...) Podem exemplificar situações em que isto vos aconteceu e em que tiveram de recorrer a estas estratégias.*

*Vamos agora dividir-nos em grupos e cada um de vocês vai escolher um par. Eu vou distribuir estas frases que traduzem situações que podem ser consideradas situações de stress. Vocês vão ter de falar com o vosso colega, o vosso par, e pensar numa estratégia, das que já falamos ou outra qualquer, e preparar um pequeno momento para o resto do grupo onde vamos experienciar essa estratégia. Por exemplo, demonstrar um pouco de relaxação ou de dança ou de exercícios de respiração. O que vocês quiserem e que se adequa à situação que eu vos dei.*

*Está a chegar ao fim a nossa última sessão e, como sempre, vou pedir-vos que me recordem qual foi o tema destas últimas atividades. O que é que vocês entendem agora por Stress? E qual foi a importância para cada um de vocês de trabalhar este tema?*

O técnico deve explicar a importância de se manterem calmos para conseguirem tomar decisões acertadas.

## Sessão 13 e 14 - Autocontrolo e Autodisciplina

### Materiais:

- ❖ Amêndoas
- ❖ Papel
- ❖ Caneta

Duração: 45 min

### Objetivos:

- ⊗ Desenvolver a consciência pessoal sobre os estados de autocontrolo e autodisciplina
- ⊗ Identificar as dificuldades e capacidades de cada um dos clientes

### Descrição:

Inicialmente, como ritual de entrada na sessão de Desenvolvimento Pessoal, é feito um pequeno diálogo introdutório em que os clientes devem identificar o nome da atividade em que estão a participar e relembra alguns dos temas que já foram abordados anteriormente. Posteriormente são apresentados os temas autocontrolo e autodisciplina e é solicitado que tentem explicar o significado de cada um destes conceitos.

É importante que o técnico que dinamiza esta atividade consiga explicar de uma forma clara cada termo utilizado durante as sessões para que as dificuldades observadas não sejam decorrentes da falta de informação ou conhecimento relativamente a um determinado tema.

Posteriormente é distribuído um doce a cada cliente (poderá estar relacionado com a altura em que a atividade é desenvolvida - natal, páscoa, aniversário, etc) o qual devem manter à sua frente durante toda a atividade, sem necessitar de intervenção do técnico responsável para impedir que o faça. Poderá ser explicado ou não aos clientes o objetivo da atividade, esperando pelo fim da sessão para esclarecer este ponto.

Seguidamente os clientes, com a ajuda do técnico, devem identificar uma tarefa que não façam todos os dias, que devessem fazer e que consideram que conseguem fazer (p. ex. lavar os dentes, tomar banho, fazer a cama, etc). Cada cliente escreve num papel o seu próprio desafio e deve mostrar motivação e interesse em conseguir completar esse desafio todos os dias durante a semana seguinte reportando depois ao técnico se o conseguiu ou não cumprir.

Os objetivos devem, sempre que possível, ser definidos pelos clientes de maneira a que a motivação para o completar seja fundada numa visão realística da vida de cada um individualmente. O técnico poderá ajudar a encontrar o melhor desafio para cada cliente apoiando sempre a melhor decisão para o desenvolvimento de cada um.

Uma semana depois, na segunda sessão sobre este tema, cada cliente deverá conseguir lembrar-se do desafio que se propôs a

### Sessão 13 e 14

Autocontrolo é a capacidade de um indivíduo de controlar o que sente e os seus desejos de forma a que consiga gerir os acontecimentos da sua vida.

Corresponde a respostas controladas e aprendidas progressivamente.

A autodisciplina é a capacidade de um indivíduo de obedecer a um conjunto de regras e normas estabelecidos com objetivo de atingir uma determinada meta.

É imposta pelo próprio indivíduo e requer o compromisso e responsabilidade com o ideal de atingir o sucesso.



concluir referindo honestamente se o cumpriu ou não. Este momento de partilha pode incluir a identificação de como cada um se sente depois de ter ou não alcançado esta meta e o aquilo que pensam ter funcionado como um facilitador ou um obstáculo ao cumprimento desta tarefa. O técnico deve ainda suscitar a reflexão sobre os benefícios que estas pequenas tarefas trazem para a vida de cada cliente.

Seguidamente, o diálogo deve evoluir no sentido de identificar hábitos saudáveis nas pessoas que rodeiam os clientes, nomeadamente, os restantes elementos da equipa técnica, familiares ou amigos. Estes hábitos saudáveis devem ser vistos como resultado da autodisciplina de cada um que permite atingir pequenos objetivos mesmo quando não correspondem à nossa vontade imediata.

Por último deve ser feita uma síntese sobre o tema abordado e o impacto que esta atividade teve na vida de cada um tornando-se importante dar tempo e espaço para que todos os clientes partilhem a sua opinião sobre estes dois tópicos.

#### **Exemplos de Abordagem:**

*Bom dia a todos. Então quem é que hoje me consegue dizer qual é o nome desta atividade? (...) Muito bem e o que estivemos a fazer na semana passada, alguém se lembra?*

*Ok, então o tema que vamos falar hoje é o nosso autocontrolo e autodisciplina. Vamos começar por primeiro falar sobre o significado destas palavras. Quem me sabe dizer o que é autocontrolo? E autodisciplina, sabem?*

*Então e acham que seria importante para vocês trabalhar o autocontrolo e a autodisciplina? Porquê? E para quê? Em que situações é que utilizamos estas nossas capacidades?*

*Por exemplo, Maria, pensa em algo que tu gostavas de conseguir fazer todos os dias quer seja de manhã antes de vir ao Fórum ou à tarde depois de sair. Alguma coisa que tu consideras importante e que sabes que não fazes, mas devias fazer. Pode ser tomar banho, lavar os dentes, fazer a cama, fazer exercício físico, falar com alguém da família, ... qualquer coisa. Vamos todos pensar sobre isto.*

*Agora que já todos pensaram, vamos escrever nestes papéis esse objetivo e eu vou desafiar-vos a realmente fazerem isso acontecer durante a próxima semana. Assim, quando voltarmos aqui à sessão de Desenvolvimento Pessoal, todos vocês me vão dizer se cumpriram ou não os vossos desafios. Não se esqueçam! Guardem bem o papel e cumpram essa tarefa todos os dias!*

*(...)*

*Então vamos lá falar sobre os nossos desafios. Quem conseguiu cumprir todos os dias? Boa! E como se sentem hoje por terem conseguido? Como é que isso vos faz sentir? E quem é que não conseguiu? Porque é que achas que não conseguiste? O que era preciso acontecer para que tu conseguisses cumprir essa tarefa?*

*Para acabar vamos então pensar nas pessoas à nossa volta e identificar tarefas que vocês pensam que requerem autocontrolo e autodisciplina. Entre os colegas, os técnicos ou familiares, que comportamentos é que vocês conseguem imaginar que são benéficos, mas que se calhar não são assim tão apetecíveis de cumprir?*

## Sessão 15 - Automotivação e Definição de Objetivos

### Materiais:

- ❖ Papel
- ❖ Caneta
- ❖ Quadro
- ❖ Marcador

Duração: 45 min

### Objetivos:

- ⊙ Desenvolver a capacidade de estabelecer objetivos adequados à realidade pessoal
- ⊙ Desenvolver a tomada consciência de si próprio e dos recursos que pode utilizar

### Descrição:

Inicialmente os clientes devem identificar o nome da sessão em que estão a participar e lembrar alguns dos temas abordados anteriormente.

Posteriormente e no seguimento desta conversa, através da atividade realizada na última sessão, de cumprir um desafio diário todos os dias durante uma semana, os clientes devem identificar as diferenças entre os clientes que conseguiram cumprir e aquele que não conseguiram cumprir. Finalmente deverão chegar à conclusão de que o que diferenciou os colegas foi a motivação que tinham para realizar esta atividade. Neste momento deve ser feita uma pequena reflexão sobre o que nos motiva a realizar as nossas tarefas diárias e quais são realmente as nossas motivações.

Posteriormente, em conjunto o grupo deverá ajudar cada um dos colegas a definir um objetivo SMART que considere ter motivação para cumprir sendo que para cada cliente/objetivo deverão posteriormente dividir esse objetivo numa sequência de tarefas que permitam chegar a esse objetivo. Ou seja, assumindo que alguém escolhe como objetivo fazer exercício todos os dias. Deverão identificar os seguintes passos para o alcançar:

- Vou fazer exercício onde?
- Vou fazer exercício a que horas?
- Vou fazer exercício com quem?
- Que transportes preciso de apanhar?
- Em que dias já faço exercício?
- Preciso de roupa/calçado para o fazer?
- Onde/ a quem posso pedir ajuda para me organizar?

E assim sucessivamente. Cada cliente deverá ter uma folha onde irão apontar o seu objetivo principal e a resposta a todas estas questões que deve responder como a ajuda dos colegas e dos técnicos. No fim terá traçado um plano exato de como alcançar o objetivo que queria cumprir.

### Exemplos de Abordagem:

### Sessão 15

A Automotivação é a capacidade de se motivar a si próprio utilizando estímulos internos.

Deve ser referido os clientes o facto de que, caso uma pessoa não esteja motivada, a definição de objetivos não surtirá o efeito pretendido pois não irá resultar em ações que os concretizem.

É importante que cada indivíduo estabeleça o seu próprio objetivo e identifique claramente a sua motivação pessoal para o concretizar.

*Bom dia a todos!*

*Ora muito bem, como se chama esta atividade que estamos aqui a começar?! Muito bem, e o que temos andado aqui a fazer?*

*Certo, então e na última sessão fizemos o quê exatamente? Falamos sobre os nossos desafios? Então e quais é que acham que foram as diferenças entre quem conseguiu e quem não conseguiu cumprir esse objetivo? Porque é que acham que isso aconteceu? Quem conseguiu tinham mais...? Motivação! A Motivação é o grande tema destas próximas sessões. Para nós conseguirmos cumprir alguma coisa todos os dias temos de ter... motivação! Quem me sabe dar um exemplo de uma forma de motivação?*

*Posso dar-vos um exemplo. Quando nós queremos ir tomar um café. Mas até está a chover imenso e, noutra situação, nós até ficaríamos em casa. Mas naquele caso, saímos e vamos na mesma ao café. Porque será? Porque estamos motivados! Porque eu sei que vou apanhar chuva, mas o café vai me saber bem. Temos uma motivação para.*

*Então o que nós temos de fazer é encontrar a motivação certa para cumprir as coisas. E a motivação pode ser uma recompensa, pode ser não ter castigos, ou pode ser apenas sentir-nos bem com nós próprios! E assim será a melhor forma de nos motivar-nos.*

*Agora vamos todos pensar em alguma coisa que nós temos motivação para fazer, não só como os desafios diários da semana passada, mas objetivos que nós temos para a nossa vida. Por exemplo, deixar de fumar, fazer mais exercício, arranjar um trabalho, visitar um sítio. Qualquer coisa.*

*Então agora vamos perceber, todos juntos, o que precisamos de pesquisar e de saber para conseguir cumprir esse objetivo. Vamos fazer o maior número de perguntas sobre um objetivo e torná-lo em tarefas mais pequenas para podermos começar por algum lado.*

## Sessão 16 - Organização do Tempo

### Materiais:

- ❖ Horário semanal do fórum
- ❖ Tabela de tarefas

Duração: 45 min

### Objetivos:

- ⊗ Desenvolver as capacidades de organização do tempo
- ⊗ Promover a capacidade de planeamento de tarefas

### Descrição:

Nesta sessão, para além do ritual de entrada, o diálogo inicial sobre a sessão em que estão a participar e os temas abordados previamente, será dado aos clientes a oportunidade de planearem o horário semanal referente à semana seguinte a esta atividade.

Cada cliente deverá primeiro individualmente preencher um horário semanal distribuindo as tarefas à sua vontade. Posteriormente o grupo deve discutir qual seria a melhor proposta de horário que podiam fazer para a semana seguinte (devem ter em atenção as atividades no exterior que não podem ser alteradas e as atividades com professores externos que também não podem mudar de horário).

Todos os clientes devem participar neste momento de partilha e decisão propondo ideias e questionando os colegas relativamente às suas escolhas. O horário final deverá ter sido em conta pela instituição e sempre que possível deverá ser cumprido de acordo com a proposta dos clientes, no sentido de acrescentar um propósito realista às atividades realizadas na sessão.

Posteriormente cada cliente deverá preencher um horário semanal próprio de acordo com o horário que propuseram para o Fórum tendo em conta as atividades que aqui participam, as atividades em que participam na comunidade e qualquer compromisso que tenham marcado para a semana seguinte.

O horário a preencher deverá ser semelhante ao apresentado na Figura 1.



FIGURA 1 - HORÁRIO SEMANAL

HORA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
07:00					
07:30					
08:00					
08:30					
09:00					
09:30					
10:00					
10:30					
11:00					
11:30					
12:00					
12:30					
13:00					
13:30					
14:00					
14:30					
15:00					
15:30					
16:00					
16:30					
17:00					
17:30					
18:00					
18:30					
19:00					

#### Exemplos de Abordagem:

(...) Hoje vamos começar a nossa sessão a relembrar as atividades que fazemos aqui no Fórum. Vocês vão dizer as atividades e eu escrevo aqui no quadro. Vamos então começar pela segunda-feira de manhã (...).

Então e se vocês pudessem mudar o horário do Fórum como é que o voltariam a preencher? Têm aqui uma folha para cada um, vamos lá encaixar as atividades cada uma num dia da semana.

Agora vamos lá ver como é que cada um pôs as atividades. Lembraram-se que a Natação tem de ser nestes dias porque são os horários da piscina? Lembraram-se que o Inglês tem de ser neste dia porque é o horário da professora? Pois é... Portanto temos muitas coisas em que pensar quando fazemos o nosso horário. Vamos lá fazer um, todos juntos, e ver o que resulta. Mas não se esqueçam este será o nosso horário na próxima semana!

*Já temos o horário que vamos cumprir aqui no Fórum! Então e fora disso? Como vão ser os nossos dias? Vou dar uma folha a cada um que tem um horário em branco, o qual devem preencher com as vossas atividades aqui e fora daqui de acordo com o que têm planeado para a próxima semana. Será que conseguem? Sem se esquecer de nada?!*

*Muito bem grupo, estamos a terminar a nossa sessão e queria-vos perguntar o que acharam destas atividades. Consideram que foi importante para vocês estar a fazer estes horários? Porquê? O que acham que estivemos a trabalhar? Acham que podíamos fazer isto de outra forma? Houve alguma atividade que não tenham gostado?*

### **Sessão 17 - Wheel of Life**

**Ver Sessão 2 - Wheel of Life**

### **Sessão 18 - Avaliação Final**

**Ver Sessão 1 - Avaliação Inicial**



## Bibliografia

- Caldas de Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., ... Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório*. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da.
- CASEL. (2013). *Effective Social and Emotional Learning Programs*.
- CASEL. (2015). *Guide: Effective Social and Emotional Learning Programs – Middle and High School Edition*.
- CASEL. (2017). Core SEL Competencies. Retrieved from <https://casel.org/core-competencies/>
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). LIVRO VERDE: Melhorar a saúde mental da população, 3, 0-25. Retrieved from [http://www.afarpa.com.pt/Documentos/Livro\\_Verde\\_Melhorar\\_Saude\\_Mental\\_da\\_Populacao\[1\].pdf](http://www.afarpa.com.pt/Documentos/Livro_Verde_Melhorar_Saude_Mental_da_Populacao[1].pdf)
- Decreto-Lei n.º 304/2009 de 22 de Outubro do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República n.º 205/2009, Série I, 7933 (2009). Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/483310>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. *Direção-Geral Da Saúde*, 19. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Fazenda, I. (2008). Reabilitação Psicossocial: tendências recentes. In Climepsi Editores (Ed.), *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania* (pp. 91-103).
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive Affect and the Other Side of Coping. *American Psychologist*, 55(6), 647-654. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.55.6.647>
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2006). An Experimental Investigation of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850>
- Hamera, E., Peterson, K., Handley, S., Plumlee, A., & Frank-Ragan, E. (1991). Patient Self-Regulation and Functioning in Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(6), 630-631.
- Hur, J. W., Kwon, J. S., Lee, T. Y., & Park, S. (2014). The crisis of minimal self-awareness in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Research*, 152(1), 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.08.042>
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35-49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Larabi, D. I., Meer, L. Van Der, Pijnenborg, G. H. M., Ćurčić-Blake, B., & Aleman, A. (2018). Insight and emotion regulation in schizophrenia: A brain activation and functional connectivity study. *NeuroImage: Clinical*, 20, 762-771. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2018.09.009>
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Popolo, R., Smith, E., Lysaker, P., Lestingi, K., Cavallo, F., Melchiorre, L., ... Dimaggio, G. (2017). Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry Research*, 257, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.022>
- Simões, C., Matos, M. G. de, Tomé, G., Ferreira, M., Dinis, J. A., & Equipa Projeto Aventura Social. (2009). *Ultrapassar Adversidades e Vencer Desafios: Manual de Promoção da Resiliência na Adolescência*.
- World Health Organization. (2002). *O Peso das Perturbações Mentais e Comportamentais. Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.
- World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. *WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication Data*, 1-44. <https://doi.org/ISBN 978 92 4 150602 1>
- World Health Organization. (2018). Mental Disorders Key Facts. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>